



---

**Directeur d'Établissements Sanitaires,  
Sociaux et Médico-Sociaux**

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2010**

---

## **Le processus de convergence tarifaire des dotations de soins**

Réflexions autour de sa mise en oeuvre dans les unités hospitalières  
d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (USLD/EHPAD) des  
Hospices Civils de Lyon

---

**Caroline FAURE-BILHAUT**

---

# Remerciements

---

Je remercie tout particulièrement **Laurent AUBERT**, directeur de l'hôpital gériatrique des Charpennes, directeur adjoint et directeur financier du Groupement Hospitalier de Gériatrie des Hospices Civils de Lyon. Je lui témoigne ici ma sincère reconnaissance pour avoir accepté de jouer, et ce pour la première fois, le rôle précieux de maître de stage.

Je le remercie pour sa disponibilité permanente, son soutien et ses conseils éclairés

J'adresse également mes remerciements au **Dr Brigitte COMTE**, responsable du Pôle d'Activités Médicales de Gériatrie, et au **Dr Pierre HOAND** ancien chef de service de l'hôpital des Charpennes pour leur disponibilité et la confiance qu'ils m'ont témoignée tout au long de ce stage.

Je remercie **Yvette OHANA**, directrice des soins du Groupement Hospitalier de Gériatrie et **Isabelle CHEVALLIER**, cadre de santé à l'hôpital des Charpennes, ainsi que tout le personnel du Groupement Hospitalier de Gériatrie, médecins, soignants, qui ont accepté de répondre avec beaucoup de gentillesse à mes questions tout au long de ce stage et pour la réalisation de ce mémoire.

Enfin, mon respect et ma reconnaissance vont également à **Jean-Paul LECOMTE**, directeur du Groupement Hospitalier de Gériatrie, **Françoise MONTALBETTI** et **Audrey MARTIN** pour avoir facilité mon intégration au sein de l'équipe de Direction par leur accueil chaleureux et leur attention permanente, qu'ils en soient ici pleinement remerciés.

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION.....	1
<b>1. PREMIÈRE PARTIE : LES FONDEMENTS, LES JUSTIFICATIONS ET LA CRITIQUE DU PROCESSUS DE CONVERGENCE TARIFIAIRE DES DOTATIONS DE SOINS.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 LE PROCESSUS DE CONVERGENCE TARIFIAIRE : UNE QUESTION DE PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTÉ .....</b>	<b>5</b>
<i>1.1.1. Des forfaits « soins ou de section de cure médicale » au « tarif soins » .....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.2. Les premières dotations minimales de convergence (DO.MINI.C) ou le plancher de tarification : MARTHE, DO.MINI.C, ANGÉLIQUE et les autres.....</i>	<i>8</i>
<i>1.1.3. L'effet mécanique et le clapet anti-retour : les nouvelles règles de tarification .....</i>	<i>9</i>
<b>1.2 LE MECANISME DE CONVERGENCE TARIFIAIRE : UNE REPOSE AUX INEGALITES DANS L'ALLOCATION DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE .....</b>	<b>10</b>
<i>1.2.1. L'équation de convergence tarifaire ou la définition d'une nouvelle unité de référence pour combiner l'utilisation des outils AGGIR et PATHOS.....</i>	<i>10</i>
A. Le GMPS : une nouvelle unité de référence à la sécurité juridique incertaine.....	11
B. De la « médicalisation » à la « Pathossification » des établissements.....	12
<i>1.2.2. La progressive opposabilité du dispositif des tarifs plafonds ou la substitution d'un plancher à un plafond.....</i>	<i>13</i>
A. De la reconnaissance d'une base légale... ..	13
B. ...à l'opposabilité juridique des « tarifs plafonds ».....	14
<i>1.2.3. Une démarche négociée et échelonnée pour les établissements en convergence.....</i>	<i>15</i>
A. Les deux étapes pour les établissements en convergence .....	15
B. Un mode de réalisation à géométrie variable.....	16
<b>1.3. LE PRINCIPE DE CONVERGENCE TARIFIAIRE : UNE DÉMARCHE EN MAL DE LÉGITIMITÉ.....</b>	<b>16</b>
<i>1.3.1. Une réforme d'envergure sans réelle visibilité.....</i>	<i>17</i>
A. L'impact largement sous-estimé de la convergence .....	17
B. L'absence de réels outils de pilotage du secteur .....	18
C. La rupture constatée dans la démarche d'amélioration de la qualité.....	20
<i>1.3.2. Une réforme contestée dans ses soubassements techniques .....</i>	<i>21</i>
A. Le modèle PATHOS : « la coupe réglée » ? .....	21
B. PATHOS un outil aux prises avec sa gouvernance et peu structuré juridiquement dans son application.....	23
<i>1.3.3. L'annonce d'une réforme a priori amoindrie ? .....</i>	<i>23</i>
A. L'assouplissement de la convergence par septièmes .....	23
B. La préservation de l'emploi au lit des résidents .....	25

<b>2. DEUXIEME PARTIE : LES INCIDENCES MÉDICO-ÉCONOMIQUES DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE SUR LES UNITÉS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES DES HOSPICES CIVILS DE LYON</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 DES ACTIONS ENGAGÉES AUX PROJETS ENVISAGÉS PAR LES HCL POUR SE RAPPROCHER DE LA CIBLE NATIONALE</b> .....	<b>27</b>
2.1.1. <i>L'entrée en convergence avec le transfert d'activités de deux établissements des Hospices Civils de Lyon vers deux opérateurs publics</i> .....	28
2.1.2. <i>L'annonce d'importants débasages sur les exercices 2010-2016 au titre de la convergence tarifaire</i> .....	30
2.1.3. <i>Les projets envisagés pour atténuer la surdotation</i> .....	31
<b>2.2 LES LIMITES IDENTIFIÉES À LA RÉALISATION DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE DES DOTATIONS DE SOINS</b> .....	<b>32</b>
2.2.1. <i>Les limites organisationnelles : une organisation du long séjour indissociable d'une vision plus globale de la filière gériatrique</i> .....	33
2.2.2. <i>Les limites culturelles : des unités d'hébergement pour personnes âgées largement hospitalo-centrées</i> .....	33
2.2.3. <i>Les limites législatives et réglementaires : une partition des lits de soins de longue durée actée mais non réalisée en termes d'adéquation des profils de patients</i> .....	35
2.2.4. <i>Les limites managériales : une démarche peu motivante de réduction constante des moyens</i> .....	36
<b>2.3 DES RISQUES RÉELS DE DÉGRADATION DE LA QUALITÉ DE LA PRESTATION POUR L'USAGER</b> .....	<b>37</b>
2.3.1. <i>La traduction de la convergence : des simulations inquiétantes en termes de ratios de personnels</i> .....	37
2.3.2. <i>Les objectifs de médicalisation et d'humanisation des structures nécessairement dégradés</i> .....	39
2.3.3. <i>L'introduction d'une nouvelle variable d'ajustement : le reste à charge pour le résident</i> .....	43
<b>3. TROISIÈME PARTIE : LES AXES D'AMÉLIORATION POUR CONCOURIR AU SUCCÈS DE LA RÉALISATION DE LA CONVERGENCE</b> .....	<b>45</b>
<b>3.1 ENGAGER UNE RÉFLEXION SUR L'OPPORTUNITÉ DE LABELLISER UNE OU PLUSIEURS UNITÉS D'HÉBERGEMENT RENFORCÉES (UHR)</b> .....	<b>45</b>
3.1.1. <i>Une labellisation encouragée par les services déconcentrés et qui permettrait à terme de répondre à de réels besoins</i> .....	46
3.1.2. <i>Un faible enthousiasme des équipes médicales et managériales qui s'interrogent sur l'intérêt thérapeutique et le financement en fonctionnement de ces unités</i> .....	48
3.1.3. <i>Une présomption de non conformité : l'environnement architectural</i> .....	49
<b>3.2 REPENSER L'ORGANISATION ET LES PRESTATIONS MÉDICALES ASSURÉES DANS LES UNITÉS D'HÉBERGEMENT HOSPITALIÈRES POUR PERSONNES ÂGÉES</b> .....	<b>50</b>
3.2.1. <i>La programmation de la démedicalisation pour résister à la prégnance du modèle hospitalier</i> .....	51
3.2.2. <i>L'admission d'une population dont le niveau de soins requis est en meilleure adéquation avec la dotation de soins</i> .....	53

<b>3.3 DÉCLOISONER LES FILIÈRES D'ADMISSION DES HCL AFIN D'AMÉLIORER LA COORDINATION ET DE TENDRE VERS LA CONSTITUTION D'UNE VÉRITABLE FILIÈRE GÉRIATRIQUE RHODANIENNE.....</b>	<b>55</b>
3.3.1. <i>Les EHPAD tampons : une solution faussement rassurante .....</i>	55
3.3.2. <i>« Le CHU de Limoges : EHPAD de la Haute-Vienne » ou l'exemple du succès d'une collaboration sanitaire et médico-sociale.....</i>	56
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>61</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>
ANNEXE N° 1 .....	II
ANNEXE N° 2 .....	XX

« Une injustice dont nous profitons s'appelle une chance ; une injustice dont un autre profite s'appelle un scandale »

Louis DUMUR  
Écrivain et homme de lettres  
(1860-1933)

---

## Liste des sigles utilisés

---

- AD-PA : Association des Directeurs au service des Personnes Âgées
- AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
- ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASD : Aide Soignant Diplômé
- ASH : Agent des Services Hospitaliers
- CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DAS : Direction de l'Action Sociale
- DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
- DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
- DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
- DO.MINI.C : Dotation Minimale de Convergence
- DSS : Direction de la Sécurité Sociale
- F.H.F : Fédération Hospitalière de France
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- GHG : Groupement Hospitalier de Gériatrie
- GIR : Groupe Iso Ressources
- GIRS : Groupe Iso Ressources Soins
- GMP : GIR Moyen Pondéré
- GMPS : GIR Moyen Pondéré Soins
- HCL : Hospices Civils de Lyon
- IDE : Infirmier Diplômé d'État
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- MARTHE : Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des Etablissements Hébergeant des personnes âgées dépendantes
- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

- OGD : Objectif Global de Dépenses
- PAM : Pôle d'Activités Médicales
- PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
- PMP : Pathos Moyen Pondéré
- PSD : Prestation Spécifique Dépendance
- PSGA : Plan Solidarité Grand Âge
- UHR : Unité d'Hébergement Renforcée
- USLD : Unité de Soins de Longue Durée
- SCD : Soins de Courte Durée
- SMTI : Soins Médico-Techniques Importants
- SNGC : Syndicat National de Gérontologie Clinique
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- T2A : Tarification à l'activité

## Introduction

Le processus de convergence tarifaire des dotations de soins introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 « s'est, en réalité, construit depuis janvier 1997 par un empilement de textes, au demeurant inachevé, qui nuit fortement à sa lisibilité<sup>1</sup> ».

Concrètement, et comme suggéré par son étymologie latine « cum » « vergere » qui signifie se tourner, s'incliner, la convergence consiste à ramener les établissements, dont le tarif soin excède un « tarif plafond » national prédéfini, au niveau de ce dernier.

*A priori* simple dans ses principes et ses objectifs, la convergence s'inscrit pourtant dans un contexte particulier pour le secteur médico-social, ce qui complique d'autant la mise en œuvre de ce mécanisme.

En effet, « le secteur de l'hébergement des personnes âgées est caractérisé par une très forte hétérogénéité des ressources d'assurance maladie mises à sa disposition pour couvrir le coût des forfaits soins. Les écarts seraient de un à trois, à service rendu comparable ». C'est pourquoi le processus de convergence tarifaire des dotations de soins poursuit le double objectif de remédier aux rentes de situation et de répondre au souci d'équité entre les établissements.

Le processus de convergence, jusqu'alors balbutiant, a véritablement été lancé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2008 qui a conféré une base légale à la définition de « tarifs plafonds » ainsi qu'à leur règle de calcul.

En autorisant le ministre chargé de la sécurité sociale à établir « les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds », autrement dit à mettre en œuvre un processus de convergence de tous les établissements vers les tarifs plafonds, l'article 63 de la LFSS pour 2009 l'a rendu opposable.

Ainsi, pour les établissements dont le tarif afférent aux soins est supérieur au tarif plafond, l'année 2009 a été une première année de blocage puisqu'ils ont vu la progression de leur dotation de soins versée par l'assurance maladie limitée à un taux d'évolution ne dépassant pas 0,5%.

Ensuite, et pour chacune des années 2010 à 2016, le tarif soins sera progressivement réduit pour être ramené au niveau plafond selon un échancier négocié.

---

<sup>1</sup> Cour des comptes « Les personnes âgées dépendantes », Rapport au président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, novembre 2005.

À proprement parler, et selon les chiffres du ministère, entre 600 et 700 établissements ont été identifiés comme ayant une dotation de soins supérieure au tarif plafond. Seulement, suite aux résultats de l'enquête « convergence tarifaire »<sup>2</sup> conduite entre le 13 et le 30 juin 2009 par la Fédération Hospitalière de France (FHF), il semblerait que ce chiffre ait été largement sous-évalué puisque 1 047 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes seraient en réalité potentiellement impactés par la convergence.

Derrière ces chiffres, « il faut rappeler, à l'attention de ceux qui voient en cette réforme un risque de rationnement des soins, que la convergence se traduira par une augmentation moyenne de 35% des ressources affectées aux 80% d'établissements dont les dotations soins sont sous les tarifs plafonds »<sup>3</sup>.

Seulement, derrière les apparences d'une réforme de bon sens, permettant d'assurer une plus grande égalité entre établissements dans la prise en charge des patients, nous pouvons nous interroger, en l'absence de toute étude d'impact avant le vote et la mise en œuvre de ce processus, sur les conséquences de son application pour les 20% d'établissements qui se situent bien au-delà de ces tarifs plafonds.

Or, avec un dépassement des tarifs plafonds à hauteur de 49,3%, le Groupement Hospitalier de Gériatrie (GHG) des Hospices Civils de Lyon (HCL), comme la plupart des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) hospitaliers, est frappé de plein fouet par processus de convergence.

En effet, après avoir acté au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la partition des capacités des unités de soins de longue durée entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, la capacité redéfinie sur les deux catégories médico-tarifaires était de 466 lits pour la section EHPAD et de 335 lits pour les USLD

---

<sup>2</sup> FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. PÔLE ORGANISATION SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE – SECTEUR VIEILLESSE / HANDICAP. 2009, *Résultats de l'enquête : convergence tarifaire en EHPAD*, 25 p.

<sup>3</sup> SENAT. Rapport de Mme Sylvie DESMARESCAUX, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, fait au nom de la commission des affaires sociales, n°90 (2009-2010), Tome III : Médico-social - 4 novembre 2009. [visité le 14.04.2010], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/109-090-3/109-090-31.pdf>

Compte tenu des capacités ainsi présentées, et de la détermination des dotations plafonds pour 2009, les Hospices Civils de Lyon sont considérés comme sur dotés dans les deux catégories médico-tarifaires à hauteur de 3. 887M€ pour l'EHPAD, (soit 33,29 % de la dotation) et de 3, 545M.€ pour l'USLD, (soit 25,51% de la dotation « soins »).

Dans ce contexte, ce mémoire s'attachera à déterminer comment entrer concrètement dans le processus de convergence sans pour autant dégrader la qualité globale, souvent louée d'ailleurs, de la prise en charge des personnes âgées hébergées aux Hospices Civils de Lyon.

Pour mener à bien cette réflexion, la lecture de textes réglementaires, d'articles, de rapports publics ainsi que de documents institutionnels sur le sujet de la convergence tarifaire des dotations de soins m'a été nécessaire.

Les données ainsi recueillies ont par ailleurs été enrichies par la conduite d'entretiens avec les acteurs concernés par la mise en œuvre de cette convergence : le directeur du GHG, le directeur financier, le médecin responsable du pôle d'activités médicales de gériatrie, la direction des soins et les cadres de santé des unités d'hébergement pour personnes âgées. De plus, un entretien avec un inspecteur de la Direction de l'Efficiencia de l'Offre de Soins et du Financement de l'Offre de Soins de l'Agence régionale de santé (ARS) Rhône-Alpes, m'a permis de cerner les enjeux du travail de justification de la sur dotation.

Par ailleurs, la participation à la journée régionale du médico-social organisée par la Fédération Hospitalière de France (FHF) à Lyon le 19 novembre 2009 et traitant largement de ce thème m'a permis de saisir rapidement l'importance des répercussions de ce processus sur des dotations de soins des EHPAD et des USLD.

Bien souvent passée sous silence, voire confondue avec la convergence intersectorielle dont l'objet est le rapprochement des tarifs du secteur public et du secteur privé ou la convergence intrasectorielle inhérente à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) qui consiste à rapprocher les tarifs des établissements exerçant dans un même secteur, la convergence des dotations de soins est un processus complexe qui n'est pas encore réglé et qui pose toujours d'importantes difficultés.

En effet, assurer une plus grande égalité dans la prise en charge ne doit pas se traduire par un égalitarisme dans l'allocation des ressources sauf à ce que la convergence ne soit pas « un outil de justice sociale permettant de réduire des inégalités entre établissements

mais bien un moyen pour les pouvoirs publics de maîtriser l'évolution future des dotations »<sup>4</sup>.

Pour éviter ce dévoiement, il est donc particulièrement important de comprendre les enjeux **(I.1)** et les mécanismes de la convergence tarifaire **(I.2)** afin de pouvoir identifier les difficultés posées par la mise en œuvre d'une démarche bien souvent en mal de légitimité **(I.3)**.

Prenant acte du caractère incompatible de l'organisation actuelle avec les ressources d'assurance maladie allouées, le GHG a d'ores et déjà engagé des actions qui visent à redéfinir le fonctionnement et les prestations au sein de ces unités.

Ainsi et après avoir déterminé dans quelle mesure ces actions ont réellement permis de réduire le coût de la prise en charge **(II.1)** il conviendra d'identifier les limites actuelles à la réalisation de la convergence **(II.2)** avant de pouvoir appréhender l'impact de ce processus sur les usagers **(II.3)**.

Au terme de ce diagnostic, nous nous attacherons donc à proposer un certain nombre d'axes d'amélioration pour concourir au succès de la réalisation de la convergence **(III)**.

---

<sup>4</sup> SYNDICAT NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS ET RÉSIDENCE PRIVÉS POUR PERSONNES ÂGÉES, 9<sup>ème</sup> congrès national des maisons de retraite privées, 11-12 juin 2009, Palais des Congrès, Nantes.

## **1. PREMIÈRE PARTIE : LES FONDEMENTS, LES JUSTIFICATIONS ET LA CRITIQUE DU PROCESSUS DE CONVERGENCE TARIFIAIRE DES DOTATIONS DE SOINS.**

La convergence tarifaire est un phénomène pour le moins complexe dont il convient d'appréhender les fondements (1.1) et les mécanismes (1.2) afin de pouvoir identifier les difficultés posées par la mise en œuvre d'une démarche bien souvent en mal de légitimité (1.3)

### **1.1 LE PROCESSUS DE CONVERGENCE TARIFIAIRE : UNE QUESTION DE PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTÉ**

La réforme de la tarification des EHPAD a certes permis une allocation des ressources d'assurance maladie plus juste « au vu des besoins de soins » (1.1.1) mais également une répartition des crédits plus équitable entre les établissements (1.1.2). Reposant sur une dotation minimale de convergence (DO.MINI.C), ce nouveau mode de calcul peut s'exprimer par un effet mécanique ou au contraire la mise en place d'un « clapet anti-retour » (1.1.3)

#### **1.1.1. Des forfaits « soins ou de section de cure médicale » au « tarif soins »**

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), en application d'un processus enclenché par la loi du 24 janvier 1997<sup>5</sup>, puise sa source dans un « constat, très largement partagé, des insuffisances – voire des incohérences – du mode de financement antérieur »<sup>6</sup>.

En effet, en sus d'un prix de journée à la charge du résident, le dispositif antérieur de financement ne reposait que sur une recette forfaitaire appelée « forfait soins » en service de soins de longue durée ou « forfait de section de cure médicale » en maison de retraite. Cette contribution forfaitaire de l'assurance maladie, par jour et par résident, ne reposant ni sur une individualisation ni sur une prise en charge spécifique de la dépendance ne permettait évidemment pas une allocation équitable des ressources entre les établissements.

C'est pourquoi le principe d'une réforme de la tarification des EHPAD a très rapidement été posé.

---

<sup>5</sup> Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la prestations spécifique dépendance.

<sup>6</sup> Tutelle DDASS 61. E.H.P.A.D. : La réforme de la tarification. [Dernière mise à jour : 13 février 2004], disponible sur Internet : [http://basse-normandie.sante.gouv.fr/dep3/actions/ehpad\\_02.htm](http://basse-normandie.sante.gouv.fr/dep3/actions/ehpad_02.htm)

Ainsi, les décrets<sup>7</sup> de 1999 complétés du décret du 4 mai 2001<sup>8</sup> ont apporté d'utiles précisions sur les fondements et les mécanismes de cette réforme de la tarification. Matérialisée par la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'État dans le département, la réforme de la tarification s'est, traduite, pour sa mise en œuvre, par l'instauration d'une tarification ternaire composée des éléments suivants :

- un tarif journalier afférent à l'hébergement qui 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. Il est à la charge de la personne accueillie éventuellement aidée par l'aide sociale départementale ;

- un tarif journalier afférent à la dépendance qui comprend l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Acquitté par le résident, ces frais peuvent éventuellement être couverts – dans une proportion variant en fonction des revenus du bénéficiaire – par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les résidents classés dans les groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4 et qui ont fait la demande ;

- un tarif journalier afférent aux soins qui regroupe les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques, les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance et les dépenses de dispositifs médicaux non individualisés. Ce tarif est totalement pris en charge par l'Assurance maladie<sup>9</sup> sous forme d'une dotation globale versée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) compétente.

Ces trois tarifs journaliers alimentent trois sections budgétaires distinctes, dont les charges et les produits sont calculés et arrêtés séparément. En effet, selon le principe dit de l'étanchéité des sections tarifaires, le résultat de chaque section est exclusivement affecté à cette dernière et interdit toute compensation entre elles.

---

<sup>7</sup> Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

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

<sup>8</sup> Décret n° 2001-399 modifiant le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

<sup>9</sup> A l'exception d'un partage pour trois catégories de personnels qui émargent à la fois sur deux sections tarifaires : les agents de service exerçant des fonctions de « nettoyage » et de « blanchissage » dont les charges se répartissent pour 70% sur l'hébergement et 30% sur la dépendance ainsi que les aides soignants et les aides médico-psychologiques dont les charges se répartissent pour 70% sur les soins (au titre de leurs fonctions d'auxiliaires de soins) et 30% sur la dépendance (au titre de leurs fonctions d'auxiliaires de vie).

L'introduction de la tarification ternaire dans les établissements et services du secteur médico-social destinés aux personnes âgées de type USLD ou EHPAD devait permettre d'assurer un meilleur suivi des dépenses, les soins étant désormais calculés sur la base de coût de revient réels, tels qu'ils sont constatés selon des affectations de charges sincères et véritables, et non plus sur une logique forfaitaire arbitraire.

En effet, la détermination de la dotation en crédits d'assurance maladie se fixe à présent « pour objectif de reposer directement sur les besoins de soins définis à partir d'un diagnostic de soins requis posé sur la ou les personnes elles-mêmes. [...] Le mode de rémunération « au vu des besoins » consiste donc à verser une dotation à une structure en fonction d'une évaluation des besoins des personnes prises en charge, la structure étant responsable de produire les soins et l'accompagnement qui leur sont nécessaires. En ce sens, elle se rapproche beaucoup plus d'une logique de capitation que de tarification à l'activité »<sup>10</sup>.

Toutefois, les « besoins de soins » en partie calculés à partir du niveau de « perte d'autonomie » moyen des personnes hébergées recouvrent deux entités bien distinctes que sont :

- les « soins techniques » qui comprennent l'ensemble des prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ;
- et les « soins de base ou de nursing » qui regroupent les soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de vie.

Or, si les soins techniques n'entretiennent pas de lien direct avec le degré d'autonomie des résidents et constituent une part fixe des dépenses, les soins de base doivent en revanche être appréciés au sein de l'établissement au regard de l'état de dépendance des résidents.

Depuis la loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD), le niveau de perte d'autonomie est évalué à l'aide d'une grille nationale d'évaluation de la dépendance « Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources communément appelée « grille AGGIR ».

À partir de cet instrument, les personnes âgées présentes dans l'établissement sont classées, par l'équipe soignante et sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement, dans les six différents Groupes Iso-Ressources (GIR) que compte la grille nationale.

---

<sup>10</sup> Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Note technique sur « vieillissement, longévité et assurance maladie », adoptée le 22 avril 2010. p. 93

- Les GIR 1 et 2 correspondent aux résidents très dépendants
- Les GIR 3 et 4 regroupent les résidents dépendants
- Les GIR 5 et 6 rassemblent enfin les résidents peu dépendants voire valides.

Ainsi, chaque établissement dispose, pour son tarif afférent aux soins, de trois niveaux de tarif, correspondant au degré de perte d'autonomie de leurs résidents, repérés selon leurs GIR.

### **1.1.2. Les premières dotations minimales de convergence (DO.MINI.C) ou le plancher de tarification : MARTHE, DO.MINI.C, ANGÉLIQUE et les autres**

Si la détermination des crédits d'assurance maladie repose à présent sur l'évaluation des besoins en soins au regard de la perte d'autonomie des résidents, la répartition de ceux-ci entre établissements a d'abord eu lieu sur la base d'une dotation minimale de convergence baptisée DO.MINI.C.

La DO.MINI.C représente donc, en quelque sorte, le niveau minimal de dotation d'assurance maladie. Il s'agit d'un plancher de tarification dont le mode de calcul tient compte à la fois du niveau de dépendance de la personne accueillie et de la prise en charge par l'établissement des soins techniques apportés aux résidents.

Ce mode de calcul vise prioritairement à augmenter, dans le cadre de la médicalisation des établissements, les moyens des structures les moins bien dotées.

Ainsi, toutes les dotations qui sont inférieures à un niveau dit de DO.MINI.C devront être portées à ce niveau à l'occasion de la signature de la convention tripartite.

En contrepartie de l'effort très important de l'assurance maladie pour renforcer les moyens des établissements les plus éloignés de la cible de convergence, l'amélioration de la qualité de l'accueil et des prestations constitue, pour les établissements, une composante à part entière de la réforme de la tarification.

En effet, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a prévu dans le cadre de la réforme de la tarification et du financement des EHPAD, la formalisation systématique des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité dans le cadre des conventions tripartites.

À ce titre, un outil d'auto-évaluation dénommé « Application nationale pour guider une évaluation labellisée de la qualité pour les usagers des établissements » (ANGÉLIQUE) a été élaboré à partir du cahier des charges défini au niveau national et publié par arrêté en date du 26 avril 1999.

L'outil ANGELIQUE a pour dessein « d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention »<sup>11</sup>.

Au sein de chaque établissement, l'amélioration de la qualité des aides et des soins implique une démarche participative qui aborde tous les aspects de la vie de l'institution. ANGELIQUE comprend ainsi quatre thématiques qui doivent permettre à l'établissement concerné d'effectuer la synthèse des objectifs « qualité » qu'il propose de détailler dans le projet de convention ainsi que les évaluations périodiques annuelles, permettant de vérifier le niveau de réalisation des objectifs.

Les quatre thématiques qui conditionnent, en matière de qualité, la production de documents et d'obligations mais également l'attribution de moyens budgétaires sont les suivantes :

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

Le ministère propose une utilisation duale de cet outil, à la fois interne selon la méthode d'auto-évaluation mais également externe dans le cadre de la convention tripartite à l'occasion d'une visite conjointe de l'établissement. Le rapport d'évaluation, effectué en fonction de l'outil ANGELIQUE, devra de ce fait définir des objectifs de moyens et d'amélioration de la qualité.

### **1.1.3. L'effet mécanique et le clapet anti-retour : les nouvelles règles de tarification**

Les nouvelles règles de tarification des soins prévues par les décrets n°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 conduisent l'assurance maladie à intervenir soit sous la forme une augmentation de sa participation grâce à ce que l'on conviendra de nommer « l'effet mécanique », soit sous la forme de conservation du montant de cette participation via une clause dite de « clapet anti-retour ».

Ces nouvelles règles de tarification impliquent d'abord de constater si le solde de la section soins du budget ternaire est positif ou négatif.

Il y a « effet mécanique » lorsque le total des charges nettes d'exploitation calculées selon les nouvelles règles d'imputation sur la base de moyens physiques inchangés est

---

<sup>11</sup> Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD ; crédits sur l'ONDAM 2000 (texte non paru au journal officiel)

supérieur aux produits des forfaits soins de l'exercice précédent la signature de la convention tripartite.

Dans cette hypothèse, l'assurance maladie finance immédiatement l'intégralité des dépenses de personnels soignants non couvertes par elle à ce jour. « L'effet mécanique » consiste donc en quelque sorte pour l'assurance maladie à rattraper le retard accumulé pendant des années dans le financement des soins en établissement et à gommer l'injustice qui contraignaient les établissements non médicalisés à financer les personnels soignants salariés sur leur prix de journée « hébergement » .

À l'inverse, il y a « clapet anti-retour » lorsque le total des charges nettes d'exploitation calculées selon les nouvelles règles d'imputation sur la base de moyens physiques inchangés est inférieur aux produits des forfaits soins de l'exercice précédant la signature de la convention tripartite.

Pour les établissements déjà médicalisés, il sera procédé pour la détermination de la dotation en crédits d'assurance maladie au calcul de l'effet mécanique ou du clapet anti-retour.

Si la dotation actuelle de l'établissement est inférieure au calcul de sa DO.MINI.C, c'est la DO.MINI.C qui sera retenue. En revanche si la dotation de l'établissement est supérieure à la DO.MINI.C, l'établissement conversera sa dotation au titre du clapet anti-retour.

## **1.2 LE MECANISME DE CONVERGENCE TARIFIAIRE : UNE REPONSE AUX INEGALITES DANS L'ALLOCATION DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE**

Avec la modélisation d'une nouvelle équation tarifaire qui agrège la prise en charge de la dépendance et la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne (1.2.1), les tarifs plafonds sont rapidement devenus opposables (1.2.2) pour les établissements en dépassement qui doivent à présent imaginer le rythme et les modalités de la réalisation du processus de convergence (1.2.3).

### **1.2.1. L'équation de convergence tarifaire ou la définition d'une nouvelle unité de référence pour combiner l'utilisation des outils AGGIR et PATHOS**

La dotation de soins de chaque structure a connu une évolution importante en 2007 suite à l'annonce du « Plan Solidarité Grand Age » (PSGA) du 27 juin 2006. Un des objectifs de ce plan étant de renforcer les moyens des EHPAD accueillant les patients les plus lourds.

Or, jusqu'à ce plan, le calcul de la dotation de soins se faisait à partir de l'évaluation du seul degré de perte d'autonomie des résidents, en fonction du GIR moyen pondéré (GMP) obtenu à partir de la grille AGGIR et de l'équation tarifaire DO.MINI.C à laquelle s'ajoutait un coefficient forfaitaire de soins techniques.

Le PSGA a donc marqué l'introduction de la prise en compte de la charge en soins des résidents avec l'utilisation de l'outil PATHOS, initialement développé par des gériatres et le service du contrôle médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) à des fins de description des populations accueillies et de leur besoins, en outil désormais tarifaire.

Conformément à la lettre ministérielle du 6 avril 2007, relative à la campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services médicaux sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées, les « établissements qui renouvellent leur convention ou qui accueillent les personnes les plus dépendantes (GMP supérieur ou égal à 800 points) bénéficient d'une nouvelle unité de compte, le GMPS (GIR moyen pondéré soins).

Ce nouvel outil qui agrège le GMP (mesure de la charge de travail liée à la dépendance) et le PMP (Pathos moyen pondéré) (A) permet de mesurer objectivement – et non plus forfaitairement et subsidiairement – la charge en soins techniques requis par les résidents et par là même de passer de la médicalisation et la « Pathossification » des établissements (B).

#### **A. Le GMPS : une nouvelle unité de référence à la sécurité juridique incertaine**

Le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes a défini, avec le GMPS, une nouvelle unité de référence permettant de calculer ce que devrait être la dotation soins « normale » d'un établissement compte tenu des coûts constatés dans la moyenne de tous les autres. Le GMPS agrège lui-même deux ensembles :

- Le GIR moyen pondéré (GMP) qui est établi à partir du positionnement des résidents sur la grille AGGIR évaluée, en nombre de points, le niveau de prestations fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. Cette donnée n'est toutefois pas corrélée à la lourdeur des charges en soins.

- Le PATHOS moyen pondéré (PMP) qui mesure, également en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante.

Les points obtenus en additionnant le GMP et le PMP multipliés par une valeur en euros et par le nombre de lits exploités permettent de calculer le GMPS qui est une sorte de dotation théorique couramment nommée « tarif plafond » pour chaque établissement.

Le tarif plafond des établissements et services qui accueillent des personnes est donc calculé à partir de l'équation tarifaire suivante :

Tarif plafond afférent aux soins = valeur annuel du point \* [ (GMP + PMP \*2,59) ]

Seulement les sources pour le moins complexes de cette unité de compte n'offrent pas, comme le rappelle la note technique du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie « Vieillesse, longévité et assurance maladie » les meilleures garanties de sécurité juridique.

Initiée tout d'abord sur le fondement de la circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD, la notion d'indicateurs nationaux de référence a été reprise par de l'article 56-II de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (DALO) et portant diverses mesures en faveur de la protection sociale qui prévoit que « les montants des éléments de tarification afférents aux soins [...] sont modulés selon l'état de la personne accueillie » au moyen d'une grille nationale et d'un référentiel.

En effet, quid de la lisibilité de la réforme quand pour faire référence à l'outil PATHOS il est fait mention de l'article 56-II de la loi DALO qui renvoie lui-même au « référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi LFSS pour 2006 », lequel est, en vertu d'un arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel de l'analyse transversale des besoins en soins !

#### **B. De la « médicalisation » à la « Pathossification » des établissements**

Si la réduction des inégalités dans la prise en charge, plébiscitée par la réforme de la tarification, s'est exprimée par la signature d'une convention tripartite souvent désignée sous le terme réducteur de « médicalisation », la Pathossification des établissements a permis, pour sa part, d'augmenter les dotations des établissements.

En effet, comme le souligne le rapport du Sénat sur le projet de LFSS pour 2010 : secteur médico-social, « 20% à 25% des établissements disposent d'une dotation de soins supérieure à ce qu'autoriserait en principe leur tarif plafond, alors que 75% à 80% se situent sous leur tarif plafond ».

Cette « Pathossification » se déroule en quelque sorte en trois temps.

Tout d'abord, le médecin coordonnateur de l'établissement procède à une analyse transversale des besoins en soins de chaque résident en utilisant le référentiel national

PATHOS. Cette première coupe est ensuite transmise pour contrôle et validation au praticien-conseil de la caisse pivot d'assurance maladie. L'analyse transversale des besoins en soins permet alors, par application d'une cotation en soins, de déterminer le PMP de l'établissement.

En cas de désaccord entre le médecin coordonnateur et le praticien-conseil, une procédure de recours est prévue devant la commission départementale de coordination médicale<sup>12</sup> afin de déterminer le PMP de l'établissement.

Ainsi, sur la base du PMP « validé » et de la cotation parallèlement effectuée du GMP, l'Agence régionale de santé (ARS) pourra fixer l'enveloppe soins de l'établissement.

### **1.2.2. La progressive opposabilité du dispositif des tarifs plafonds ou la substitution d'un plancher à un plafond**

La convergence tarifaire des dotations de soins, bien que poursuivant le double objectif de remédier aux rentes historiques de situation et de répondre à un souci d'équité entre les établissements, est longtemps restée inachevée dans son principe.

Inopérante pour les établissements surdotés compte tenu de l'effet « clapet anti-retour », elle n'aura été, de fait, créatrice de droit que pour les établissements les plus faiblement dotés en amenant ceux-ci vers une médicalisation et par conséquent vers une dotation minimale de convergence.

Il faudra en effet attendre la LFSS pour 2009 pour parachever l'opposabilité juridique du processus de convergence tarifaire.

Introduit en 2008 (A) et véritablement contraignant en 2009 (B), le processus de convergence tarifaire des dotations de soins va enfin pouvoir se réaliser en poursuivant les enjeux d'équité qui sont les siens.

#### **A. De la reconnaissance d'une base légale...**

L'article 69 de la LFSS pour 2008 en complétant l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) a conféré en quelque sorte une base juridique aux tarifs plafonds calculés à partir de la nouvelle unité de compte dite GMPS (qui permet de mesurer objectivement la charge en soins techniques requis par les résidents d'un même établissement).

---

<sup>12</sup> La commission départementale de coordination médicale se compose d'un médecin inspecteur de santé publique, d'un médecin du conseil général et d'un praticien-conseil d'une caisse d'assurance maladie

En effet, aux termes de l'article L. 314-3 du CASF modifié, il est désormais précisé que « le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux ».

Le rapport de Madame Sylvie DESMARESCAUX, enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2009 sur le projet de LFSS pour 2010 a même franchi un palier supplémentaire en indiquant qu'il devait être mis fin, via cette nouvelle « normodotation », à la répartition hétérogène des ressources d'assurance maladie mises à disposition.

En effet, il précise que « le même article a, par ailleurs, soumis les règles de répartition des dotations régionales attribuées aux établissements au titre des soins au respect de « l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories »<sup>13</sup>.

#### **B. ...à l'opposabilité juridique des « tarifs plafonds »**

L'article 63-III de la LFSS pour 2009<sup>14</sup> est venue en quelque sorte parachever la reconnaissance juridique des tarifs plafonds en rendant ces derniers opposables en matière de financement des soins.

En complétant l'article L. 314-3 du CASF, la LFSS pour 2009 autorise le ministre chargé de la Sécurité sociale à établir, au-delà de la définition des tarifs plafonds et de leurs règles de calcul « les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau de tarifs plafonds », c'est à dire de mettre en œuvre un véritable processus de convergence du secteur de l'hébergement des personnes âgées (USLD/EHPAD) vers les tarifs plafonds.

Si le dispositif des tarifs plafonds a marqué, par la reconnaissance de son opposabilité, l'introduction du processus de convergence, ce glissement sémantique qui tient pourtant davantage de la révolution que de l'évolution semble avoir été minoré dans ses enjeux par d'aucuns.

En effet, comme le souligne justement le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans sa note technique du 22 avril 2010 « le fait que le « plafond » calculé selon la même grille servait déjà, en pratique, de plancher de tarification, conduit évidemment à relativiser le changement que constitue le calcul d'une dotation reposant directement sur le GMPS ».

---

<sup>13</sup> SENAT Rapport de Mme Sylvie DESMARESCAUX, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, fait au nom de la commission des affaires sociales, n°90 (2009-2010), Tome III : Médico-social - 4 novembre 2009.

<sup>14</sup> Loi n° 2008-1331 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009

### **1.2.3. Une démarche négociée et échelonnée pour les établissements en convergence**

Le mécanisme de convergence tarifaire des dotations de soins des USLD et des EHPAD dont les dotations historiques excèdent le montant plafond résultant de la combinaison des outils AGIRR et PATHOS concernerait selon les chiffres du ministère, rappelés par le rapport de Mme Sylvie DESMARESCAUX précité, entre 600 et 700 établissements qui ont été identifiés comme ayant une dotation de soins supérieure au tarif plafond.

Or, concrètement la convergence pour ces établissements se traduit par un échelonnement de son rythme (A) et une souplesse dans ses modalités de mise en œuvre (B).

#### **A. Les deux étapes pour les établissements en convergence**

Lorsque le tarif moyen à la place afférent aux soins est supérieur au tarif plafond, ce tarif est gelé puis réduit les années suivantes de telle sorte que l'écart avec le tarif plafond soit résorbé en 2016.

Ainsi, dès 2009, pour les établissements dont le tarif afférent aux soins constatés en 2008 est supérieur au tarif plafond, la dotation de soins est égale au tarif fixé en 2008 majoré de 0,5%. Autrement dit pour ces établissements, 2009 est une année de blocage de leur dotation de soins avec un taux d'évolution fixé à 0,5%. L'augmentation de la dotation de soins est donc, dès 2009, plus faible que la progression de la valeur du point ce qui signifie en quelque sorte que l'existant ne pourra pas être reconduit et que la structure en personnel ne pourra pas non plus être maintenue.

Ensuite, l'arrêté du 26 février 2009 précise que pour chacune des années 2010 à 2016, le tarif afférent aux soins des établissements dont le tarif constaté en 2009 est supérieur au tarif plafond, sera réduit selon un rythme de convergence arrêté, chaque année, par arrêté ministériel.

A partir de 2010 et jusqu'à 2016, les tarifs baisseront donc pour être ramenés au niveau plafond selon un mécanisme « en sifflet » étagé sur sept ans afin que « l'écart entre le forfait global relatif aux soins constaté au 31 décembre de l'année précédente et le forfait résultant de l'application du tarif plafond soit diminué d'un septième en 2010, d'un sixième en 2011, d'un cinquième en 2012, d'un quart en 2013, d'un tiers en 2014, de moitié en 2015 et totalement résorbé en 2016 »<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles  
*Caroline FAURE - BILHAUT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010*

L'arrêté du 26 février 2009 prévoit par ailleurs un échancier différent, à la demande des établissements soumis à ces dispositions, pour ramener leur tarif à niveau du tarif plafond applicable. Cet échancier est fixé dans la convention tripartite ou par avenant à celle-ci. Les établissements s'engagent alors sur un effort annuel d'économies et de mise en adéquation de leur dotation et du niveau de soins médicaux et techniques qu'ils accueillent dans un délai maximum de sept exercices budgétaires et au plus tard au 31 décembre 2016.

### **B. Un mode de réalisation à géométrie variable**

La circulaire budgétaire du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé<sup>16</sup> précise pour les établissements sur-dotés que la « convergence peut-être réalisée par une diminution progressive de la dotation de « soins » ou par la mise en adéquation de leur dotation avec le niveau de soins médicaux et techniques, notamment par l'augmentation des capacités ».

Pour d'aucuns, cette possibilité reviendrait à amoindrir l'impact réel de cette réforme pour les établissements qui y soumis.

Ainsi, le rapport DESMARESCAUX précise « que la convergence se traduira par une augmentation moyenne de 35% des ressources affectées aux 80% des établissements dont les dotations de soins sont sous les tarifs plafonds, sans diminution aucune des moyens alloués aux 20% d'établissements situés au-dessus de ces tarifs.

Simplement ces derniers seront incités à accroître leur activité de façon qu'elle corresponde aux dotations qui leur sont accordés ».

Il est même précisé en guise de conclusion pour le moins hâtive que « la remise en cause de rentes de situation n'est jamais facile à accepter pour ceux qui en bénéficient. Elle est pourtant justifiée par la nécessité de mettre fin à la très forte hétérogénéité des ressources d'assurance maladie mise à disposition des EHPAD pour couvrir le coût des forfaits soins ».

### **1.3. LE PRINCIPE DE CONVERGENCE TARIFAIRE : UNE DÉMARCHE EN MAL DE LÉGITIMITÉ**

La LFSS pour 2009 a certes prévu l'introduction d'un mécanisme de convergence sur les sections soins des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes(EHPAD/ USLD), seulement l'impact de ce dernier est plus fort que celui

---

applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité.

<sup>16</sup> Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.

annoncé, ce qui a pour conséquence d'ébranler inévitablement la légitimité de ce processus.

En effet, comme il a été rappelé lors de la journée du médico-social, organisée par la Fédération Hospitalière de France (FHF) le 19 novembre 2009 à Lyon, ce dispositif a été voté sans pour autant bénéficier d'une étude d'impact sur le secteur (1.3.1). Ce qui pose donc nécessairement la question du calibrage des enveloppes et de l'équilibre général du secteur.

Ce questionnement est d'autant plus fortement ressenti que la tarification dite au GMPS pose encore un certain nombre de difficultés tenant aux outils mêmes de tarification et à leur mode de gouvernance (1.3.2).

C'est pourquoi, face aux difficultés exprimées, des mesures d'accompagnement, voire d'amointrissement, de la convergence ont été annoncées (1.3.3).

### **1.3.1. Une réforme d'envergure sans réelle visibilité**

Pour la FHF, avec la mise en œuvre de la convergence tarifaire sur les sections soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, nous entrons en quelque sorte à l'aveugle dans une réforme d'envergure de la tarification.

En effet, l'impact de la convergence a été largement sous-estimé dans son chiffrage (A), ce qui ne semble guère étonnant au regard du manque d'outils de pilotage du secteur notamment en termes de système d'information (B) et de l'absence de lien avec les démarches d'amélioration de la qualité engagées dans le cadre de leur médicalisation (C).

#### **A. L'impact largement sous-estimé de la convergence**

La circulaire budgétaire du 13 février 2009 pour le secteur médico-social et les instructions de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) présentaient un objectif de convergence chiffré à 8 millions d'euros pour l'année 2009, réparti sur 496 établissements toutes strates confondues (Etablissements publics/privés/privés d'intérêt collectif<sup>17</sup>) et touchant 44 000 places.

Or, ces chiffres avancés par la CNSA résultaient de simulations réalisées sur la base de SAISEHPAD<sup>18</sup>, un système d'information incomplet et qui n'a pas de vision des dotations soins réelles des établissements et des taux d'encadrement qui sont les leurs.

---

<sup>17</sup> Les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) : nouvelle appellation depuis la loi HPST des établissements participant au service public hospitalier (PSPH).

<sup>18</sup> La base SAISEHPAD est alimentée par les DDASS, les dotations de soins des établissements ne sont pas remontées au réel par les services de l'Etat. Les simulations de positionnement par rapport au plafond sont réalisées à partir des dotations de soins inscrites dans les conventions tripartites (quelque soit la date de signature) avec application de taux directeurs de réactualisation.

Ce travail de simulation qui fonde la mise en place d'une convergence tarifaire ne permettait donc pas d'avoir une vision pertinente des réalités de terrain.

C'est pourquoi un second chiffrage a été réalisé après une demande collective des fédérations représentatives des établissements.

La FHF a donc conduit une enquête intitulée « convergence tarifaire en EHAPD » entre le 13 juin et le 30 juin 2009.

Au vu des résultats de l'enquête publiés le 01 juillet 2009, le nombre d'établissements potentiellement impactés par la convergence serait en réalité de 1 047 pour 88 384 places.

L'impact de la convergence est donc largement plus fort que celui annoncé, ce qui signifie en filigrane que cette disposition a été votée et mise en œuvre en l'absence de toute étude d'impact sur le secteur.

L'enquête convergence tarifaire fait remonter à ce titre un certain nombre de données significatives qui peuvent être notées :

- L'analyse des GMP et PMP des établissements répondants met en exergue des charges en soins et des niveaux de dépendance très forts puisqu'ils accueillent des personnes particulièrement dépendantes et vulnérables)
- La « surdotation » annoncée en termes de taux d'encadrement soignant (nombre d'AS/AMP et IDE par résident) semble plus que relative :
  - o 35,5% des établissements en convergence ont un taux d'encadrement soignant inférieur à 0,3
  - o 58,8% des établissements impactés par la convergence ont un taux d'encadrement compris entre 0,3 et 0,6 soignant par résident
  - o 3,9% seulement des établissements en convergence comptent plus de 0,6 soignant pour un résident.

Ce qui fait dire à la FHF en conclusion « qu'il n'existe pas de différence très significative entre les établissements impactés par la convergence et ceux qui ne le sont pas ».

## **B. L'absence de réels outils de pilotage du secteur**

L'exemple de l'outil SAISEHPAD semble assez révélateur de l'absence, ou tout du moins de la non maîtrise, des prérequis nécessaires pour entrer dans la réforme de la tarification. En effet, le secteur souffre d'un manque d'outils de pilotage tant au niveau national qu'au niveau départemental en termes de systèmes d'information bien sûr mais surtout de gouvernance.

La gouvernance de la réforme d'une extrême complexité pourrait être aisément qualifiée d'administration en tuyaux d'orgues.

En effet, comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport sur les personnes âgées dépendantes<sup>19</sup>, la conduite de la réforme a été pour le moins fluctuante et peu efficace.

La Cour a en effet relevé que « le modèle de simulation mis en place par la mission MARTHE pour bâtir les prévisions de la réforme a été transmis en 2002 à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) sans documentation sur la méthode utilisée. En outre, les données relatives aux établissements de l'échantillon étaient hétérogènes et non exhaustives. Enfin, faute jusqu'en 2004 de pouvoir suivre le résultat des conventions signées, les décisions de financement ont continué à être prises sur la base des simulations et non sur la base des résultats effectifs constatés à l'occasion des premiers conventionnements. La mise en œuvre de la réforme n'a ainsi bénéficié ni d'outils de prévision et de suivi ni d'instruments d'évaluation »<sup>20</sup>.

La Cour des comptes poursuit en précisant que « la répartition des compétences à l'intérieur de l'administration centrale a été plusieurs fois modifiée. La réforme a été conçue par la direction de l'action sociale (DAS) devenue direction générale de l'action sociale (DGAS). Sa mise en œuvre a ensuite été confiée à la mission d'appui interdirections – Mission MARTHE – qui était chargée de coordonner les services déconcentrés et qui devait définir le système d'information nécessaire.

Dans un troisième temps, en août 2000, un protocole de transfert de compétences a confié à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DHOS) la gestion budgétaire de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social concernant les personnes âgées, la gestion de la filière sociale de la fonction publique hospitalière et le contrôle de la gestion financière des établissements. La DGAS est demeurée pilote pour le cadrage général de la politique gérontologique, l'élaboration de la réglementation tarifaire et le suivi de la réforme, l'évaluation des besoins, le contrôle de la qualité des prestations et la gestion des crédits d'investissement ».

Or, à ce dispositif déjà complexe s'est ajouté en 2005 un organisme sui generis, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)<sup>21</sup> qui se voit déléguer par l'État la gestion de l'objectif global de dépenses (OGD) et par conséquent le pilotage budgétaire et financier du fonctionnement des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux alors même, comme le souligne l'Inspection Générale des Affaires

---

<sup>19</sup> COUR DES COMPTES. Rapport au président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés sur « Les personnes âgées dépendantes », novembre 2005

<sup>20</sup> idem

<sup>21</sup> Loi organique pour les lois de financement de la Sécurité sociale n°2005-881 du 2 août 2005.

sociales (IGAS) dans son rapport de février 2010 « que la Caisse n'a pas le statut de caisse de sécurité sociale ni le positionnement clair de tête de réseau ayant un pouvoir hiérarchique sur les services déconcentrés à savoir les directions régionale et départementale des affaires sociales »<sup>22</sup>.

Les travaux de l'IGAS ont également fait apparaître que les « process qui associaient l'État et la CNSA aux décisions majeures concernant la dépense médico-sociale étaient peu clairs et que l'imbrication des rôles entre la DGAS et la CNSA induisait des risques de perte d'efficacité ».

Pour la FHF nous entrons donc à l'aveugle dans une réforme d'envergure de la tarification avec des prérequis non maîtrisés et une complexité extrême du système avec un outil de tarification PATHOS géré par la CNAM, pas de travaux communs entre la CNSA et la DGAS (ce qui explique notamment la sous consommation des crédits), une décentralisation aux Conseils Généraux pour la dépendance et un dossier du 5<sup>ème</sup> risque piloté par une mission présidentielle.

### **C. La rupture constatée dans la démarche d'amélioration de la qualité**

Alors que la réforme de la tarification avait pour objectif d'encourager les établissements à améliorer la qualité globale des prises en charge, et que les nouvelles dotations soins étaient destinées à définir des moyens nouveaux corrélés aux engagements pris pour l'amélioration de la qualité, la mise en œuvre d'une stricte convergence tarifaire, sous peine de confondre égalité et égalitarisme, ne peut que venir mettre un terme à la démarche d'amélioration de la qualité.

Ainsi, pour les représentants du secteur des personnes âgées, il existerait donc « un double langage tenu par les pouvoirs publics : côté pile des effets d'annonce autour d'objectifs ambitieux, et côté face, la rationalisation extrême des moyens budgétaires censés permettre leur mise en œuvre.

Avec au final, une politique qui présente « des contradictions avec les dernières lois censées favoriser l'accompagnement de la perte d'autonomie et avec les plans nationaux en cours (plan solidarité grand âge (PSGA) et plan Alzheimer) », et qui « risque de conduire à une baisse sensible de la qualité des prestations et à un rationnement des soins envers les personnes âgées »<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport n° RM 2009 « Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses », Rapport définitif Tome 1, février 2010, 141 p.

<sup>23</sup> LEOTOING M., septembre 2009, « Tarification : les raisons de la colère ». TSA, n°5, pp.10-13.

### 1.3.2. Une réforme contestée dans ses soubassements techniques

La tarification aux soins requis, née de l'imbrication de la formule de calcul basée sur AGGIR et PATHOS pour produire le « GMPS », présente des avantages évidents en termes d'équité puisque reposant sur le principe « à situation égale en termes de profil de la population accueillie, allocation de moyens égale ».

Ce système de tarification doit donc *a priori* permettre de garantir l'objectivité et la neutralité du tarif sur les choix d'orientation. En effet, « l'établissement ou le service ainsi tarifé n'a normalement aucun « intérêt » à accueillir tel ou tel type de patient : si l'outil de mesure est correct, et si la valorisation financière est équitable, on ne doit en principe redouter aucun mécanisme de « sélection » ou de « contre-sélection » sur la base de profils pathologiques qui apparaîtraient plus ou moins « coûteux ».

La clé de calcul est réputée épouser directement l'éventuelle aggravation de la « lourdeur » des personnes accueillies.

Alors que pour le secteur médecine chirurgie obstétrique (MCO) dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), si la clé de calcul épouse également l'aggravation elle le fait de manière indirecte soit par l'effet naturel que les actes à effectuer sur des patients plus lourds sont plus lourds et donc mieux rémunérés, soit par des correctifs spécifiques comme les « niveaux de sévérité introduits » dans la V11 de la T2A.

Seulement, si cette méthode permet d'attendre de l'outil de mesure des besoins des avantages évidents en termes de juste répartition d'une enveloppe nationale fermée, elle fait également peser sur lui de fortes exigences (A) d'autant plus durement exprimées que celui-ci est actuellement l'objet de critiques notamment en raison de son mode de gouvernance (B).

#### A. Le modèle PATHOS : « la coupe réglée » ?

Outil de coupe transversale, le référentiel PATHOS sert à établir une « photographie » de l'état de santé des patients à un instant « T » afin de déterminer les niveaux de soins requis pour assurer le traitement des pathologies dont ils souffrent. Or, comme le souligne la note technique du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 22 avril 2010, la cotation médicale de l'état d'une personne ne pose pas les mêmes certitudes que la cotation d'un acte ou d'un groupe d'actes.

Inévitablement l'utilisation d'un outil national de tarification, sur des critères nationaux normés, pose la question de la sincérité médicale au regard de situations diverses qui ne sont, par définition, jamais complètement identiques.

Cette complexité impose donc une qualité méthodologique de l'outil de mesure des besoins qui doit épouser très fidèlement les réalités médicales de la prise en charge.

Seulement, de ce point de vue, la qualité de l'utilisation de l'outil semble indissociable de la qualité de l'outil lui-même.

Alors que la formation des médecins évaluateurs et l'élaboration de procédures de comparaisons de pratiques entre médecins vérificateurs restent des enjeux tout à fait fondamentaux, l'outil PATHOS a été récemment réactualisé et les guidelines de cotation modifiées sans information des acteurs concernés et des fédérations.

La conséquence immédiate de la nouvelle version du guide de cotation est la diminution du nombre de points GMPS au regard de certains profils de patients.

Par exemple, en Rhône-Alpes les chiffres régionaux du recodage sont édifiants. En effet, sur 148 coupes contrôlés en 2009 :

- 121 PMP ont été revus à la baisse
- 14 PMP ont été augmentés
- 13 PMP sont restés de valeur inchangée.

La valeur moyenne du point qui était de 194€ avant validation tombe à 168€ après celle-ci et seulement 5 fiches de contestation ont été retournées, en 2009, par les établissements<sup>24</sup>.

Cette évolution défavorable des coupes PATHOS a fait l'objet d'une mobilisation d'un certain nombre de gériatres qui voient dans le modèle PATHOS une sorte de glissement sémantique. Celui-ci serait en effet passé d'un outil d'évaluation puis de tarification à un outil de régulation des dépenses publiques.

Pour ces derniers le changement récent des règles d'utilisation de PATHOS conduit à ne plus faire apparaître ce qui est nécessaire aux résidents. « Ce qui est désormais comptabilisé dans la réalité, ce sont les actes réalisés et non les besoins des personnes malades. Sera pris en compte simplement ce qui est fait, occultant ainsi tout ce qui faudrait faire mais qui n'est pas fait faute de moyens. Ces modifications ont été décidées de manière unilatérale, sans concertation et le plus souvent sans formation ni information des médecins coordonnateurs des établissements comme cela était prévu. [...] Les résultats de ces changements peuvent se chiffrer par une perte de dotation de plusieurs centaines d'euros par résident et par an. Ceci au nom d'économies drastiques et non de l'intérêt des personnes âgées dépendantes. En fait, il s'agit de faire avaler une baisse de moyens en la déguisant en ajustement technique »<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Journée médicale du médico-social 19 novembre 2009.

<sup>25</sup> Manifeste des gériatres : « Personnes âgées : la coupe réglée ». Evolution défavorable des coupes PATHOS, [mise à jour le 01.09.09], disponible sur Internet : <http://www.agevillagepro.com/actualite-3677-1-manifeste-geriatre-personne-agees-coupe-reglee.html#>

## **B. PATHOS un outil aux prises avec sa gouvernance et peu structuré juridiquement dans son application**

L'outil PATHOS est actuellement l'objet de nombreuses critiques en raison notamment de son mode de gouvernance.

Elaboré par le Syndicat National de Gériologie Clinique (SNGC) en partenariat avec le service médical de la CNAMTS, sans que des échanges avec les professionnels du secteur médico-social ne soient organisés, il est piloté par la DSS, la DGCS et la DHOS à la demande des directeurs de cabinet des ministres compétents.

À ce titre, et afin que la gouvernance de PATHOS soit davantage partagée avec les principaux utilisateurs de l'outil, la secrétaire d'Etat en charge des aînés Nora BERRA, dans son discours du 25 novembre 2009, a souhaité que des propositions lui soient faites par les administrations centrales et l'Assurance maladie pour associer plus directement les gériatres à l'évaluation et à l'amélioration de l'outil PATHOS. De ce fait, un gériatre devra dorénavant siéger dans la commission départementale de coordination médicale<sup>26</sup>.

De plus, la note technique du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie soulève avec une grande pertinence que « l'imbrication de la formule de calcul basée sur AGGIR et PATHOS pour produire le « GMPS » appelle sans doute une gouvernance commune de ces deux instruments ».

### **1.3.3. L'annonce d'une réforme *a priori* amoindrie ?**

Suite aux résultats de l'enquête sur la convergence tarifaire en EHPAD qui ont permis de démontrer que l'impact de la convergence serait *a priori* bien plus fort que celui annoncé pour un certain nombre d'établissements, il a été envisagé d'une part d'assouplir le mécanisme d'abattement par septièmes prévu par l'arrêté du 26 février 2009 (A) et d'éviter d'autre part toute mesure remettant en question l'emploi des personnels au lit des résidents (B).

#### **A. L'assouplissement de la convergence par septièmes**

Les établissements qui présentent un dépassement des tarifs plafonds 2010 et qui sont donc à ce titre inscrits en convergence auront la possibilité de contractualiser les économies à réaliser dans le cadre d'un avenant à la convention tripartite plutôt que

---

<sup>26</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Discours de Nora BERRA, 7èmes Assises du médecin coordonnateur en EHPAD, 24 novembre 2009, Cité Universitaire de Paris.

d'appliquer de manière automatique la convergence par septièmes, comme prévu initialement par l'arrêté du 26 février 2009.

La circulaire budgétaire du 31 mai 2010<sup>27</sup> dite d'interprétation des « tarifs plafonds » prévoit que « cette contractualisation est de droit pour tout établissement qui la sollicite dès lors qu'il s'engage à résorber son dépassement d'ici le 31 décembre 2016, terme de la période prévue pour la convergence ».

Si cette contractualisation est universelle son application sera en revanche catégorielle, c'est-à-dire fonction du niveau de dépassement du plafond.

En effet, les établissements dont le dépassement des tarifs plafonds est inférieur ou égal à 10% seront amenés à négocier, dans la perspective maintenue de ramener tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds en 2016, soit un taux d'évolution différencié de la convergence par septièmes soit des mesures relevant d'un choix de gestion de l'établissement comme une optimisation de la masse salariale ou de la population accueillie par exemple.

Ces établissements, qui représentent 97% des établissements inscrits en convergence, pourront dans un premier temps geler leur dotation de soins 2010 (reconduite à l'identique de celle de 2009) puis réaliser un effort financier soutenable les six années suivantes eu égard au faible taux de dépassement des plafonds.

En revanche, pour les établissements qui dépassent de plus de 10% le niveau plafond, diverses modalités contractuelles de résorption de l'écart constaté entre leur dotation et la dotation résultant de l'application des valeurs plafonds d'ici 2016 pourront être envisagées.

Ces modalités prévues dans la circulaire budgétaire de mai 2010 sont les suivantes :

- l'engagement d'accueillir une population dont le niveau de besoins en soins requis est en meilleure adéquation avec la dotation dont ils disposent,
- une option volontaire pour le tarif global,
- la mise en place d'une unité Alzheimer spécialisée (UHR ou PASA),
- une gestion prévisionnelle des emplois faisant porter l'effort sur les années où interviennent les départs naturels (retraite) et permettant de décaler dans le temps ou de reporter en fin de période de convergence les efforts financiers à fournir,
- et/ou encore tout autre moyen que tel directeur d'établissement jugerait utile pour ramener sa dotation aux tarifs plafonds à un rythme en phase

---

<sup>27</sup> DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS. DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. Circulaire interministérielle N° DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médicaux sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. Validée par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, le 2 juin 2010 – Visa CNP 2010-79

avec les évolutions de sa structure. À cet égard, il convient de rappeler qu'il convient d'éviter toute mesure de licenciement de personnel.

La circulaire rappelle en outre que l'opérationnalité et l'échéancier des mesures prévues « doivent être formalisés contractuellement avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et doit s'accompagner de la restitution, au minimum, d'un quinzième du montant du dépassement constaté en 2010 ».

Les établissements fortement en convergence devront donc dès 2010 entrer concrètement dans le processus en procédant, au minimum, au débasage d'un quinzième de la surdotation.

### **B. La préservation de l'emploi au lit des résidents**

L'atteinte de la convergence en sept ans ne doit toutefois pas conduire à des licenciements ou à des gels de postes en nombre important.

À proprement parler, il conviendra d'éviter toute mesure remettant en question l'emploi des personnels au lit des résidents.

Comme l'a proposé la FHF, il s'agira donc de contractualiser sur des dépenses « hors dépenses de personnel » et de s'engager par exemple dans la mutualisation des fonctions logistiques, notamment dites fonctions supports.

En effet, il ne s'agit plus de raisonner en taux global de personnel mais en termes de présence soignante au lit du résident.

Or, si ce garde-fou vise à éviter fort heureusement un rationnement des soins envers les personnes âgées et à ne pas dévoyer plus encore les dernières lois censées favoriser l'accompagnement de la perte d'autonomie des plans grand âge (PSGA) et Alzheimer notamment quid de l'objectif poursuivi de l'amélioration de la qualité et de l'humanisation des structures.

Même le secteur privé non lucratif pourtant historiquement moins bien doté que le public rejoint l'analyse de la mise en œuvre d'une convergence « vers le bas ». Grégoire BELLUT correspondant Ile-de-France de l'Association des Directeurs au service des Personnes Âgées (AD-PA) estime ainsi que : « La majorité des maisons de retraite fonctionne à la moitié de ses besoins réels en termes de moyens. Si l'on raisonne à la baisse, autant modifier notre cahier des charges en conséquence, par exemple concernant la sécurité incendie, les groupes électrogènes, etc... »<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> LEOTOING M., septembre 2009, « Tarification : les raisons de la colère ». TSA, n°5, pp.10-13.

## **2. DEUXIEME PARTIE : LES INCIDENCES MÉDICO-ÉCONOMIQUES DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE SUR LES UNITÉS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES DES HOSPICES CIVILS DE LYON**

La convergence tarifaire illustre, pour les établissements qui ont un taux d'encadrement dit élevé, l'important hiatus qui peut exister entre des recommandations ambitieuses d'amélioration de la prise en charge et la rationalisation extrême des moyens budgétaires. Comment, en effet, mettre en œuvre des recommandations sur l'alimentation, l'incontinence, l'hygiène, la liberté d'aller et venir dans une organisation jugée actuellement incompatible avec les ressources d'assurance maladie censées permettre leurs mises en œuvre ?

Dans ce contexte budgétaire difficile, les Hospices Civils de Lyon étudient et ont même déjà engagé un certain nombre d'actions permettant de réduire leurs tarifs et visant, à terme, à redéfinir le fonctionnement et les prestations au sein des unités d'hébergement (2.1). Loin d'être simple et automatique, la mise en adéquation des dotations de soins avec le niveau de soins médico-techniques requis nécessite une réflexion sur l'impact de ce processus et des choix sur la qualité de la prestation pour l'utilisateur.

En effet, si des limites à la réalisation de la convergence ont été clairement identifiées au cours d'entretiens semi-directifs (2.2), ses incidences médico-économiques, devront être rapidement objectivées afin que les autorités de tutelle puissent se rendre compte de l'écart important qui peut exister entre les recommandations publiées et ce qui se passe concrètement sur le terrain (2.3)

### **2.1 DES ACTIONS ENGAGÉES AUX PROJETS ENVISAGÉS PAR LES HCL POUR SE RAPPROCHER DE LA CIBLE NATIONALE**

Avec une surdotation constatée au 1<sup>er</sup> janvier 2009, date à laquelle les HCL ont partitionné leurs lits d'USLD, de plus de 7. 432 M€ (dont 3. 545 M€ pour les USLD et de 3. 887 M€ pour les EHPAD), l'entrée en convergence implique, pour le Groupement Hospitalier de Gériatrie, de définir une réelle stratégie de gestion des coûts.

En effet, en dehors de l'application du mécanisme réglementaire d'un taux de reconduction des moyens n'excédant pas 0,5 % en 2009, les HCL ont d'ores et déjà engagé, pour entrer en convergence, des actions concrètes de transferts de gestion de deux établissements dont il convient d'évaluer les impacts (2.1.1). Seulement, face à l'importance de la surdotation, ces actions se sont révélées insuffisantes pour envisager le retour à l'équilibre imposé au 31 décembre 2016.

Dès lors, la mise en adéquation des dotations de soins annonce pour les deux sections tarifaires d'importants débasages, étagés sur 7 ans, dont le rythme et l'importance font actuellement débat avec les autorités de tutelle (2.1.2). C'est pourquoi, au-delà de la simple dimension budgétaire de diminution du différentiel de dotations, c'est le fonctionnement même de ces unités et la qualité des prestations offertes aux usagers qui devront faire l'objet d'une réflexion à l'occasion du renouvellement de la convention tripartite (2.1.3)

### **2.1.1. L'entrée en convergence avec le transfert d'activités de deux établissements des Hospices Civils de Lyon vers deux opérateurs publics**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009 les capacités-lits, avec une augmentation de la dotation soins restée inférieure à la valeur du point (en étant bloquée à 0,50%)<sup>29</sup>, étaient de :

- 335 lits d'USLD répartis sur cinq établissements dédiés à la spécialité gériatrique<sup>30</sup> ainsi que sur les trois services concernés par l'activité gériatrique au sein des établissements dits « généralistes »<sup>31</sup>.
  
- 466 lits d'EHPAD regroupés sur les établissements gériatriques à l'exception de l'hôpital des Charpennes et les trois services concernés par l'activité gériatrique plus un de 35 lits situé dans la région PACA à l'hôpital Renée SABRAN.

Compte tenu des dotations plafonds pour 2009, la politique de convergence mise en œuvre en matière d'allocations de crédits soins a mis en évidence une dotation supérieure aux plafonds de 3. 887 M€ pour l'EHPAD et de 3. 545 M€ pour les USLD.

Or, pour se rapprocher de l'équilibre et dans le cadre de leur Projet d'Établissement, les HCL ont, dès 2009, envisagé un rapprochement avec deux centres hospitaliers publics (Givors et Villefranche-sur-Saône) pour procéder à un transfert de gestion de deux établissements EHPAD (Bertholon Mourier et Val d'Azergues) situés à proximité géographique de ces deux établissements.

Ces deux opérations se sont concrétisées au 1<sup>er</sup> semestre 2010, au 1<sup>er</sup> janvier pour le transfert de gestion de la Fondation Bertholon Mourier au Centre Hospitalier de Givors et

---

<sup>29</sup> Dotations de 25 575 185 € pour l'exercice 2009 en augmentation de 0,50% par rapport à l'exercice 2008 (25 447 944 €)

<sup>30</sup> Les hôpitaux gériatriques des Charpennes, du Val d'Azergues, Antoine Charial, Pierre Garraud et la Fondation Bertholon Mourier

<sup>31</sup> L'hôpital gériatrique Dr Frédéric DUGOUJON du Groupement Hospitalier Nord, le service de gériatrie Michel PERRET au Centre Hospitalier Lyon Sud et le service K au Groupement Hospitalier Edouard Herriot

au 1<sup>er</sup> mars 2010 pour le transfert des activités de l'hôpital gériatrique du Val d'Azergues au Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

En ramenant ainsi, la capacité de lits d'EHPAD des HCL à 222 lits, le différentiel de dotation a été mécaniquement ramené à 1.8M€ pour le secteur EHPAD (222 lits à 8 300 € de surdotation par lit versus la cible nationale).

Ainsi, après le débasage des dotations EHPAD lié au transfert de gestion des deux établissements, la surdotation prévue en 2010 a donc été ramenée à 5.4M€ (1.8M€ en EHPAD et 3.6M€ en USLD).

Au-delà des incidences strictement budgétaires de l'entrée en convergence, l'impact culturel et politique de cette décision de transfert de gestion, en termes de définition des missions d'un CHU et de qualité de prise des usagers, a tout autant d'importance.

En effet, si la situation géographique de la Fondation Bertholon Mourier et de l'hôpital gériatrique du Val d'Azergues, situés en dehors de l'agglomération lyonnaise sur les communes de Givors et de Villefranche-sur-Saône a pu justifier en grande partie cette décision de transfert de gestion, il n'en demeure pas moins que ces opérations reflètent un positionnement politique fort quant au choix des activités futures du CHU dans le secteur médico-social gérontologique.

Certes, en sus de leviers géographiques « naturels », ce transfert de gestion présente une plus grande cohérence dans les parcours d'amont et d'aval des patients âgés. En effet, le « recrutement » des usagers dans ces deux établissements ne provenait pas des bassins hospitaliers dans lesquels s'inscrivent habituellement les HCL et ne permettait donc pas ni d'optimiser le fonctionnement ni d'améliorer la fluidité de la filière gériatrique.

Cependant, la décision de se séparer de 244 lits (112 au CH de Givors le 01/01/2010 et 132 au CH de Villefranche-sur-Saône le 01/03/2010) est lourde de sens et revient en quelque sorte à considérer que la gestion de lits d'EHPAD n'est pas une prérogative habituelle d'un CHU. Disposer d'une filière aussi complète que possible constitue certes une garantie de priorité dans l'accès et l'utilisation du potentiel de lits, mais entraîne également des conséquences lourdes dans leur gestion (modes de financement et budgets différents, répartition complexe des moyens en personnels médicaux et paramédicaux entre des sections tarifaires différentes...). Avec un fonctionnement et une organisation largement hospitalo-centrés, il est en effet normal de s'interroger sur la nécessité de conserver une activité médico-sociale gérontologique au sein du centre hospitalier universitaire de Lyon.

## 2.1.2. L'annonce d'importants débasages sur les exercices 2010-2016 au titre de la convergence tarifaire

Bien que l'activité de 244 lits d'EHPAD ait été transférée au 1<sup>er</sup> trimestre 2010, le niveau de dépassement des tarifs plafonds 2010 est encore très important (surdotation de 5.4M) et nécessite donc un engagement des HCL à ramener tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds en 2016. Les circulaires interministérielles du 31 mai 2010<sup>32</sup> ont apporté d'importantes précisions quant aux modalités de retour aux tarifs plafonds pour 2010 et les exercices ultérieurs des unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Ainsi, il est précisé qu'à compter de 2010 « les établissements USLD dont le tarif afférent aux soins est supérieur au tarif plafond calculé sur la base du GMPS verront leurs tarifs réduits annuellement dans une proportion telle que l'écart entre le forfait global relatif aux soins et le tarif plafond soit totalement résorbé au plus tard en 2016. Cette proportion est fixée à 10% en 2010 et sera de 15% pour les 6 années restantes ».

Dès lors, pour les USLD gériatriques des HCL, la réduction de l'écart constaté entre la dotation actuelle et la dotation résultant de l'application des valeurs plafonds d'ici à 2016 devrait se traduire de la manière suivante (avec une base GMPS à 13€)<sup>33</sup>.

### Échéancier des modalités de retour des dotations soins USLD aux tarifs plafonds

{Les évolutions du point GMPS ne sont pas prises en compte}

EXERCICE BUDGÉTAIRE	DOTATION	SURDOTATION	RÉDUCTION AU TITRE DE LA CONVERGENCE
2009	13 897 364 €	3 545 132 €	
2010	13 556 568 €	3 407 963 €	340 796 €
2011	12 988 574 €	3 067 167 €	567 994 €
2012	12 420 580 €	2 499 173 €	567 994 €
2013	11 852 586 €	1 931 179 €	567 994 €
2014	11 284 592 €	1 363 185 €	567 994 €
2015	10 716 598 €	795 191 €	567 994 €
2016	10 148 604 €	227 198 €	567 994 €
2017	10 148 604 €	-	

<sup>32</sup> DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS. DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. Circulaire N° DGOS/R1/DSS/2010/177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé. Validée par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, le 27 mai 2010 – Visa CNP 2010-61.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE. DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. Circulaire interministérielle N° DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Validée par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, le 2 juin 2010 – Visa CNP 2010-79

<sup>33</sup> Selon les informations de la tutelle.

Les modalités de convergence des EHPAD en dépassement sont *a priori* plus souples et privilégient, de fait, la possibilité de contractualiser les économies à réaliser dans le cadre d'un avenant à la convention tripartite, plutôt que d'appliquer mécaniquement la convergence par septième. À l'inverse, la circulaire du 31 mai 2010 prévoit que « l'abattement d'un septième s'applique automatiquement dès lors qu'il n'y a pas de convention ou d'avenant à la convention tripartite ».

La convention tripartite de seconde génération étant en cours de négociation avec l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes et le Département du Rhône, les débasages envisagés à l'heure actuelle le sont de manière automatique par septième.

### **Échéancier des modalités de retour des dotations soins EHPAD aux tarifs plafonds**

{Les évolutions du point GMPS ne sont pas prises en compte}

EXERCICE BUDGÉTAIRE	DOTATION	SURDOTATION	RÉDUCTION AU TITRE DE LA CONVERGENCE
2009	5 563 254 €	1 851 995 €	
2010	5 298 683 €	1 587 425 €	264 571 €
2011	5 034 112 €	1 322 854 €	264 571 €
2012	4 769 541 €	1 058 283 €	264 571 €
2013	4 504 971 €	793 712 €	264 571 €
2014	4 240 400 €	529 142 €	264 571 €
2015	3 975 829 €	264 571 €	264 571 €
2016	3 711 258 €	-	264 571 €
2017	3 711 258 €	-	

#### **2.1.3. Les projets envisagés pour atténuer la surdotation**

L'importance de la baisse annoncée des recettes conduit à revoir les principes de fonctionnement et d'organisation des principales unités d'EHPAD des HCL situées sur les établissements dédiés à l'activité de gériatrie : Pierre Garraud et Antoine Charial.

Ainsi, à l'issue de plusieurs réunions de travail avec l'ensemble des autorités de tutelle, un projet visant à réduire la capacité en lits d'EHPAD au profit de lits USLD a été étudié et même soumis par le Directeur général des Hospices Civils de Lyon au Ministère de la santé et des sports, en janvier 2010. Cette demande dérogatoire au mécanisme de convergence des dotations de soins USLD proposait de transférer dans un premier temps 50 lits d'EHPAD médico-social à un autre opérateur, non identifié à ce jour, et d'utiliser dans un second temps les locaux ainsi libérés pour installer 50 lits d'USLD supplémentaires et recentrer de la sorte les capacités dans le champ sanitaire.

Si une neutralisation de l'effort de convergence sur 2010 conduisant à concentrer cet effort sur les années restantes d'ici à 2016 peut être envisagée par la DHOS dans son courrier de réponse en date du 25 mai 2010, cette hypothèse reste cependant subordonnée à l'engagement des HCL, par avenant à la convention tripartite, d'accueillir des patients en adéquation avec cette augmentation de capacité.

Pour ce faire, les HCL possèdent, à l'occasion du renouvellement de la convention tripartite, un atout majeur qui consiste à profiter de la réouverture après travaux en fin d'année du pavillon I à Pierre Garraud pour d'une part accueillir des résidents se rapprochant des « normes » et d'autre part affecter des agents en fonction de cibles d'effectifs. En effet, pour les unités d'EHPAD il n'existe pas à ce jour d'effectifs cibles. Ces effectifs devront tenir compte du fait que ces lits sont installés dans des structures pavillonnaires.

De plus et dans une moindre mesure compte tenu du fait que les marges de manœuvre significatives sont relativement limitées, dans ce secteur, une réflexion est également actuellement menée sur la facturation aux résidents de certaines prestations (coiffure, esthéticienne...)

## **2.2 LES LIMITES IDENTIFIÉES À LA RÉALISATION DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE DES DOTATIONS DE SOINS**

Au cours des entretiens semi-directifs menés un certain nombre de limites ou de freins à la mise en œuvre de la convergence ont été clairement soulevés par les acteurs du monde gériatrique.

En effet, dans une organisation hospitalo-universitaire au secteur sanitaire omnipotent et au secteur médico-social subordonné, il est nécessaire d'identifier les freins préalables à une réorganisation d'envergure.

Dès lors, les économies à réaliser pour un retour à l'équilibre en 2016 devront à la fois tenir compte du fonctionnement et de la fluidité de la filière gériatrique (2.2.1) mais également de l'acculturation nécessaire de ses acteurs pour adopter d'une telle démarche (2.2.2).

Résultats d'une partition davantage imaginable que réalisable en termes de population accueillie (2.2.3), les modalités de retour aux tarifs dits plafonds nécessitent la mise en place d'une politique certes soutenable mais peu motivante de réduction des coûts (2.2.4)

### **2.2.1. Les limites organisationnelles : une organisation du long séjour indissociable d'une vision plus globale de la filière gériatrique**

Les unités d'hébergement des Hospices Civils de Lyon et notamment les unités d'EHPAD, pourtant transférées dans le champ médico-social depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, bénéficient encore actuellement d'une organisation très hospitalière se situant dans le continuum des prises en charge en soins de courte durée (SCD) et en soins de suite et de réadaptation (SSR) qui sont dispensées dans ces établissements.

La directrice des soins du Groupement Hospitalier de Gériatrie souligne d'ailleurs à ce titre que le transfert d'un patient vers un autre service (d'urgences ou de court séjour) n'est que très rarement envisagé lorsque l'état de celui-ci s'aggrave alors qu'il s'agit de la pratique courante dans les EHPAD « non hospitaliers ».

De plus, alors que les catégories médico-tarifaires ont été promues depuis de nombreuses années, la politique de soins qui consiste à passer linéairement de l'une à l'autre n'a quasiment pas été réévaluée.

Ainsi, alors qu'un patient justifierait médicalement d'arriver en SSR, un parcours d'amont en SCD lui est imposé pour réaliser une évaluation gériatrique.

Le parcours de soins des patients âgés semble immuable. En amont et dans le cadre de l'évaluation gériatrique, celui-ci débute inexorablement par un passage en SCD, puis se poursuit en SSR pour aboutir, compte tenu du potentiel de lits disponibles, par une mutation indifféremment en USLD ou en EHPAD.

Afin de pallier les incidences économiques de la linéarité des parcours, et à l'occasion de l'évaluation du projet d'établissement des HCL intitulé « cap 2013 », Jean-Paul LECOMTE, Directeur du GHG, a demandé aux responsables du PAM de gériatrie et de l'unité hospitalière d'informations médicales (UHIM) d'élaborer un document de rappel des cas justifiant la mutation d'un patient notamment en SCD. L'importance économique de la « juste étiquette » a également été rappelée, par Laurent AUBERT, Directeur adjoint du GHG, aux médecins tant pour la perte de recettes T2A qu'elle représente en SCD qu'en termes de valorisation nécessaire de la charge de travail en SSR.

### **2.2.2. Les limites culturelles : des unités d'hébergement pour personnes âgées largement hospitalo-centrées**

Si la conservation d'un potentiel de lits d'EHPAD permet de garantir la fluidité de la filière gériatrique des HCL et une cohérence entre les parcours d'amont et d'aval des patients, elle peut aussi être à la fois une source d'incompréhension pour les patients (qui peuvent changer de catégorie médico-tarifaire sans même changer de lit) mais également une explication cohérente du surcoût de l'institution.

En effet, comme le rappelle le Dr Brigitte COMTE, responsable du pôle d'activité médicale de gériatrie, la véritable spécificité des unités d'hébergement hospitalières se résume à une surveillance paramédicale continue qui évite, de fait, le passage des sujets âgés aux urgences mais également un recours au court séjour gériatrique. Avec une permanence de l'équipe soignante, les EHPAD hospitaliers bénéficient en effet d'un avantage majeur qui leur permet de bâtir de réels projets de soins pour les usagers et de construire chaque jour un véritable projet institutionnel concernant le niveau des prestations et la qualité de la prise en charge qui passe par la qualification et la formation continue des soignants.

Bien qu'*a priori* non concurrentiels, les EHPAD hospitaliers, ont le devoir d'assurer *a minima* une prise en charge des malades à l'aide sociale. En dehors de ce rôle d'établissement de « recours », il revient au CHU d'assurer des missions d'enseignements et de recherche vis-à-vis des personnels médicaux et soignants. Les unités d'USLD pourront donc conserver à ce titre une place de choix au sein des filières gériatriques universitaires en assurant la formation des futurs médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Seulement, si le choix de conserver des activités médico-sociales peut être considéré comme naturel dans un CHU du fait de ses prérogatives sociales et de son rôle universitaire, il n'en reste pas moins que ce secteur reste peu attractif pour les soignants car épuisant physiquement et psychologiquement avec des sujets âgés polypathologiques présentant d'importants troubles cognitifs et du taux de mortalité élevé.

De ce fait et de l'aveu même de la Directrice des soins du GHG, Yvette OHANA, l'affectation en long séjour s'apparente souvent pour les soignants à une double peine. En effet, les Aides Soignantes Diplômées (ASD) et les Infirmières Diplômées d'État (IDE) issues de la promotion professionnelle sont systématiquement affectées en gériatrie et commencent par une rotation obligatoire variant de 6 à 18 mois en long séjour.

De plus, compte tenu l'orientation très hospitalière de ces unités souvent mixtes et se situant dans le continuum des prises en charge SCD et SSR, les ASD éprouvent souvent la sensation rapportée au Dr Brigitte COMTE d'être une sorte de « lave-pont ». La mixité de ces unités de soins, en ne permettant pas d'affecter finement les moyens selon la charge de travail, accentue en effet très certainement cette sensation de « défilement ».

### **2.2.3. Les limites législatives et réglementaires : une partition des lits de soins de longue durée actée mais non réalisée en termes d'adéquation des profils de patients**

Bien que les HCL aient partitionnés au 1<sup>er</sup> janvier 2009 leurs unités de soins de longue durée, les patients d'EHPAD sont encore très proches, en termes de dépendance et de soins médico-techniques importants (SMTI) requis et de nombre de patients en fin de vie (M2), de ceux des USLD.

Cette proximité s'explique à la fois par la difficulté de n'admettre que des profils EHPAD de patients (forte dépendance et faibles soins médicaux techniques requis) mais également par le fait que la répartition proposée par les HCL ne se révèle au final pas conforme à celle retenue par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) Rhône-Alpes. En effet, la concertation interne a été menée depuis le début de l'année 2006 avec le corps médical et l'administration à travers les réunions du Bureau du PAM de Gériatrie. Par ailleurs, une rencontre du Bureau de PAM élargi à d'autres praticiens a eu lieu notamment avec le Dr VETEL, gériatre, ancien président du Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC), et chargé de mission auprès du ministère de la santé sur ce sujet.

L'ensemble de ces réflexions a permis d'aboutir à une position finale arrêtée lors de la réunion du Bureau de PAM du 5 février 2008.

Cette position, bien que consensuelle, n'est cependant pas conforme à celle de l'ARH qui s'est basée uniquement sur les résultats des coupes PATHOS et fondée sur le fait que la région Rhône-Alpes dispose d'un taux d'équipement légèrement supérieur à la moyenne nationale et qu'il ne pourra donc pas être augmenté (6,43 lits SMTI contre 6 pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans).

Or, il est à noter, comme le précise le Dr Brigitte COMTE, que si l'outil PATHOS est un outil particulièrement intéressant pour démontrer un niveau de soins requis, il est également resté, lors de la réalisation de la dernière coupe en 2006, trop « médecins dépendants » dans certains établissements gériatriques des HCL.

L'absence de raisonnement en soins requis de certains responsables médicaux (qui n'avaient visiblement pas mesuré l'importance de la juste cotation pour la réalisation des coupes PATHOS) a donc parfois pu aboutir à une sous-évaluation de la réelle charge en soins.

Cette sous-évaluation du niveau de soins requis au moment de la réalisation de la coupe PATHOS en 2006 avait conduit le Bureau du PAM de gériatrie à arrêter sa position en faveur d'une partition sur l'ensemble du potentiel USLD des HCL, à raison de 53% de lits USLD maintenus contre 47% de lits d'EHPAD. Or, en réalité la partition des capacités des

USLD redéfinies retenue au 1<sup>er</sup> janvier 2009 est de 42% de lits d'USLD contre 58% de lits d'EHPAD.

### **Détermination de la partition des capacités entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social**

Sites	Nombre de lits USLD autorisés	Capacité redéfinie	
		USLD	EHPAD
ANTOINE CHARIAL	142	102	40
LES CHARPENNES	83	73	0
PIERRE GARRAUD	197	60	147
DU GOUJON	60	60	0
BERTHOLON MOURIER	112	0	112
VAL D'AZERGUES	132	0	132
CHLS (Centre Hospitalier Lyon Sud)	40	40	0
RENÉ SABRAN	35	0	35
TOTAL	801	335	466

#### **2.2.4. Les limites managériales : une démarche peu motivante de réduction constante des moyens**

Avec un dépassement de 5.4 M€ qu'il convient de ramener aux valeurs plafonds en 2016 au plus tard, une véritable réflexion sur la gestion de la masse salariale doit être engagée. En effet, comme le suggèrent le Dr Brigitte COMTE et la Directrice des soins, Yvette OHANA, il faudrait dans l'idéal réaliser de véritables protocoles de soins notamment sur les chutes et les dyspnées, dans le double intérêt de gagner du temps médecin et de revaloriser le rôle de l'IDE au travers de ce que l'on appelle « le diagnostic infirmier ». En effet, les unités hospitalières d'hébergement pour personnes âgées (USLD/EHPAD) à proximité des courts séjours étant déjà moins attractives, il est particulièrement important de pouvoir revaloriser le rôle des soignants.

Dès lors, et compte tenu de la rationalisation extrême des moyens, pour le Dr Brigitte COMTE il semble primordial de pouvoir maintenir, nonobstant un contexte budgétaire très tendu, l'aspect relationnel du soin, synonyme de plaisir quotidien et source de motivation pour les personnels, sans lequel le secteur risque de perdre grandement en intérêt et en attractivité.

Comme l'a souligné Virginie HOAREAU, adjointe vieillesse-handicap au pôle sanitaire et médico-social de la Fédération Hospitalière de France, lors de son intervention le 5 juillet

2010 à l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique sur le diagnostic, les perspectives et les choix stratégiques des établissements sanitaires et médico-sociaux, il est certain que la convergence est une catastrophe en termes de management. Il semble en effet illusoire d'initier une politique dynamique et soutenable de résorption des dépassements sans bénéficier en contrepartie d'une aide au diagnostic et d'une aide à la contractualisation.

### **2.3 DES RISQUES RÉELS DE DÉGRADATION DE LA QUALITÉ DE LA PRESTATION POUR L'USAGER**

Alors que la convergence échelonnée sur plusieurs années poursuit *in fine* un objectif de réduction des inégalités dans l'allocation des ressources entre établissements, l'atteinte de celle-ci risque, à terme, d'induire une dégradation de la prise en charge et des prestations jusqu'alors offertes aux usagers.

Les établissements en convergence devraient inévitablement connaître, compte tenu de la structure de la section soins, des mesures de licenciement de personnel qu'il convient d'objectiver (2.3.1). Or, diminuer la présence soignante au lit du résident risque de conduire à une baisse significative de la qualité des prestations et à un rationnement des soins envers les personnes âgées (2.3.2). De plus, l'importance annoncée de la baisse des recettes conduit fatalement à mener une réflexion sur les marges de manœuvre possibles et notamment la facturation aux résidents de certaines prestations (2.3.3).

#### **2.3.1. La traduction de la convergence : des simulations inquiétantes en termes de ratios de personnels**

Dans le cadre d'une réunion préparatoire au renouvellement de la convention tripartite en date du 21 juin 2010, Laurent AUBERT, Directeur adjoint et directeur financier du GHG, a réalisé d'intéressantes simulations bien que celles-ci soient partiales du fait qu'elles ne font porter la réduction des moyens programmés que sur le personnel non médical et plus particulièrement sur les IDE et les ASD.

D'un point de vue méthodologique, et compte tenu des faibles montants qui ne laissent guère de marge de réduction, il a été en effet décidé d'exclure de cette projection les rééducateurs qui émargent à hauteur 334 K€ sur le budget EHPAD et 940 K€ sur le budget USLD.

À ce titre, traduire la réalisation de la convergence sur l'unique personnel soignant (IDE et ASH) permet de réaliser des simulations édifiantes.

Ainsi la réduction programmée des moyens sur les USLD représente environ :

- pour l'exercice 2010 : 8 postes d'IDE ou 14 postes d'ASD (en tenant compte de l'imputation à 70% sur la section soins)
- pour chacune des six années suivantes : 12,5 postes d'IDE ou 23 postes d'ASD

Soit un total de 83 postes d'IDE (sur les 130 actuels, y compris les cadres de santé) ou 152 postes d'ASD (sur 180) sur les sept exercices considérés.

Cette projection réalisée sur les unités EHPAD se révèle encore plus inquiétante puisque la réduction des moyens programmée représente pour chacun des sept exercices de 2010 à 2016 : 6 IDE ou 11 ASD (en tenant compte de l'imputation à 70% sur la section soins). Soit, un total de 42 IDE (alors qu'il n'y en a que 37 sur les EHPAD) ou 77 ASD (alors qu'il n'y en a que 72) sur les sept exercices considérés.

Frédérique MASSAT, députée divers gauche de l'Ariège a ainsi attiré l'attention de M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville sur les conséquences difficiles du principe de convergence tarifaire tant pour les établissements que pour les usagers, dans une question écrite à l'Assemblée Nationale. Selon Frédérique MASSAT « l'application de cette règle va entraîner des contraintes financières drastiques pour les établissements. La recherche d'économie reposera inéluctablement sur la masse salariale qui représente généralement 90% du budget de soins des établissements. Les marges de manœuvre dont disposent les gestionnaires, qui doivent de toute façon financer l'avancement et l'ancienneté de leur personnel, ne sont pas nombreuses. La déqualification de l'effectif, la baisse du taux d'encadrement, le recours aux contrats précaires, s'imposeront comme des chemins obligés dans de très nombreux établissements ». <sup>34</sup>

Ce constat ne fait que renforcer le paradoxe certain qui peut exister entre les incidences inéluctables d'une telle réforme et les recommandations ambitieuses des circulaires interministérielles du 31 mai 2010, selon lesquelles il convient d'éviter toute mesure de licenciement de personnel et de faire remonter, le cas échéant, les situations dans lesquelles l'atteinte de la convergence en sept ans risquerait de provoquer des licenciements.

---

<sup>34</sup> MASSAT F., Question écrite à l'Assemblée Nationale N° 50372. Question publiée au JO le : 26/05/2009 page : 51 03 / Réponse publiée au JO le : 30/03/2010 page : 3753.

Alors qu'il conviendrait d'établir un diagnostic précis de la situation et d'apporter une aide à la contractualisation, les modalités de réduction des surdotations sont laissées à l'entière discrétion des gestionnaires d'établissements. L'ensemble des mesures prévues, qu'elles aient une origine tarifaire ou non, s'assimile donc à une accumulation d'injonctions paradoxales qui semble confirmer, selon Virginie HOAREAU, le souhait des pouvoirs publics de voir disparaître à terme les USLD.

### **2.3.2. Les objectifs de médicalisation et d'humanisation des structures nécessairement dégradés**

Certes, les conventions tripartites dites de première génération avaient dégagé de nouveaux moyens pour encourager les structures à améliorer la qualité globale des prises en charge. Seulement, avec la convergence tarifaire, les objectifs « qualité » semblent désormais être des références totalement absentes des conventions tripartites de seconde génération actuellement en cours de contractualisation avec les Agences Régionales de Santé.

Les moyens nouveaux, accordés dans les conventions originelles et corrélés aux engagements pris de médicalisation et d'humanisation des structures, seront inévitablement repris du fait des abattements pratiqués d'ici au 31 décembre 2016 et emporteront nécessairement des incidences sur la qualité des prestations pour l'utilisateur.

Il convient donc à présent de réfléchir, *a contrario*, et de décrire les prestations qui ne pourront plus être délivrées au regard d'un taux d'encadrement en diminution et de mesurer in fine la possible perte de chance pour les personnes âgées.

Ainsi, dans un document publié le 2 avril 2009 par la FHF et le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC)<sup>35</sup> six fiches thématiques à destination des usagers et de leurs familles ont été réalisées afin de comparer les soins requis et les soins réellement réalisés selon le taux d'encadrement. Les thématiques portent notamment sur les soins d'hygiène, l'alimentation, la sécurité et la prévention de la perte d'autonomie, l'entretien de l'environnement de vie et les soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie.

---

<sup>35</sup> FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE SYNDICAT NATIONAL DE LA GÉRONTOLOGIE CLINIQUE, Sécurité et qualité dans le secteur personnes âgées : Produire des indicateurs de qualité associés à des indicateurs de résultat, Conférence du 2 avril 2009, [visité le 13 août 2010]. Disponible sur Internet : <http://www.localtis.info/cs/BlobServer?blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobkey=id&blobwhere=1250155146731&blobheader=application%2Fpdf>

Pour chaque thème, le document présente une colonne avec des soins réalisés avec un ratio de 0,6 équivalent temps plein (ETP) soignant par résident. Ce ratio correspond au taux d'encadrement d'un certain nombre de structures publiques au sein desquelles les résidents peuvent requérir un niveau de soins importants en raison d'une forte perte d'autonomie ou de polyopathologies.

Le document présente également une colonne avec des soins réalisés avec un ratio de 0,3 soignant par résident. Ce taux moyen correspond à une prise en charge de type EHPAD réputée moins lourde ou moins sanitaire ou aux structures dont le taux d'encadrement est habituellement de 0,6 mais qui présentent un fort absentéisme (week-end, congés annuels...)

S'agissant des soins d'hygiène :

- **avec un ratio de 0,6 soignant par résident**, un bain peut être donné tous les 15 jours et une toilette adaptée par jour peut être réalisée. Le suivi de l'état cutané, la prévention des escarres et les soins de nursing journaliers peuvent être accomplis.
- **avec un ratio de 0,3 soignant**, le bain n'est pas donné tous les 15 jours et la toilette est souvent partielle, effectuée avec plus de rapidité dans les gestes et au lit. Les soins de nursing sont succincts. De plus alors que les 2/3 des résidents en EHPAD nécessitent des soins bucco-dentaires, l'entretien de la prothèse dentaire n'est assurée que de façon irrégulière en total décalage donc avec les recommandations de bonnes pratiques qui suggèrent de « brosser tous les jours avec une brosse adaptée, d'immerger le soir les prothèses dans un produit désinfectant, de les rincer, de les laisser sur une compresse la nuit et de les nettoyer aux ultrasons une fois par semaine » ;

Concernant l'alimentation :

- **avec un ratio de 0,6 soignant**, le respect du temps entre le dîner et le petit-déjeuner n'est pas réalisable systématiquement, mais les repas sont servis en salle à manger le midi avec un suivi par une diététicienne. Le temps accordé au repas le soir est insuffisant mais les apports hydriques sont assurés par boissons ou perfusions sous-cutanées.
- **avec un ratio de 0,3 soignant**, l'établissement ne peut pas respecter le temps entre le dîner et le petit déjeuner, le laps de temps étant "trop long". Le temps de repas est généralement diminué et il existe des difficultés du suivi hydrique, qui obligent le plus souvent à recourir aux perfusions sous-cutanées.

Par ailleurs, la sécurité des résidents et la prévention de la perte d'autonomie sont mieux assurées lorsque les soins sont réalisés avec un ratio de 0,6 soignant par résident. En revanche, avec un taux de 0,3 soignant par résident, les déplacements et transferts sont effectués à la place du résident.

Pour le ménage et l'entretien de l'environnement de vie, ils ne peuvent être réalisés régulièrement et ce même avec un taux de 0,6 soignant par résident. Avec un taux de 0,3, le "petit ménage", les "vitres" et l'entretien plus approfondi ne peuvent être réalisés, augmentant ainsi le risque d'infections nosocomiales.

Enfin, la prévention de l'incontinence est d'autant facilitée lorsque le taux d'encadrement est important. En effet, alors qu'un taux d'encadrement de 0,6 permet d'assurer le repérage (signalétique adaptée) et un accompagnement régulier aux toilettes, un taux de 0,3 soignant contraint, au contraire, à une utilisation abusive des protections et in fine à une atteinte à la dignité du patient qui n'est pas maintenu dans l'autonomie.

Étude sur le différentiel « soins requis / soins réalisé » en fonction du ratio d'encadrement

THEME	SOINS RÉALISÉS AVEC UN RATIO DE 0,6 SOIGNANT PAR RÉSIDENT	SOINS RÉALISÉS AVEC UN RATIO DE 0,3 SOIGNANT PAR RÉSIDENT
SOINS D'HYGIÈNE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 toilette adaptée par jour</li> <li>- 1 bain donné tous les 15 jours</li> <li>- Suivi de l'état cutané / prévention des escarres</li> <li>- Soins de nursing journaliers</li> <li>- Habillage et tenue de jour, souci de l'état corporel du résident</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toilette effectuée avec plus de rapidité dans les gestes et toilette le plus souvent réalisée au lit (risque de perte d'autonomie)</li> <li>- Le bain n'est pas donné tous les 15 jours (shampooing non fait, soins des ongles et de bouches non faits, entretien de la prothèse dentaire non régulier)</li> <li>- Soins de nursing succincts (soucis du détail peu pris en compte)</li> </ul>
CONTINENCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge adaptée de l'incontinence (accompagnement aux toilettes régulier)</li> <li>- Surveillance du transit</li> <li>- Nécessité d'avoir des protections de bonne qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non installation systématique aux toilettes (risque : perte de la continence)</li> <li>- Toutes les incontinenes induites par défaut de temps ou de repérage provoquent l'utilisation abusive des protections et donc une perte de son image, une atteinte à sa dignité ;</li> <li>- Le maintien de l'autonomie n'est pas respecté</li> </ul>
ALIMENTATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect du temps entre le dîner et le petit-déjeuner : non réalisable systématiquement</li> <li>- Respect du temps accordé au repas des résidents le midi (repas servis en salle à manger, souci du confort hôtelier et suivi par une diététicienne)</li> <li>- Respect du temps accordé au repas des résidents le soir</li> <li>- Bonne hydratation (apports hydriques par boissons ou perfusions sous-cutanées)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps de repas diminué (gestes faits à la place du résident, risque de perte d'autonomie, surveillance alimentaire limitée)</li> <li>- Laps de temps trop long entre le dîner et le petit-déjeuner</li> <li>- Difficulté du suivi hydrique</li> </ul>
SÉCURITÉ / PERTE D'AUTONOMIE	<p><u>Mobilisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimulation et maintien des capacités physiques et gestuelles</li> <li>- Lever des résidents</li> <li>- Respect autant que possible du temps du lever, du choix des vêtements et du temps de port des vêtements</li> <li>- Adaptation de l'heure du coucher en fonction du rythme du résident</li> </ul> <p><u>Maintien de l'autonomie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement à la marche dès que possible et matériel à disposition utilisé</li> </ul> <p><u>Sécurité du résident</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponse quasi immédiate à la demande (appel)</li> </ul>	<p><u>Mobilisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestes faits à la place du résident</li> <li>- Lever des résidents effectué un jour sur deux par alternance</li> <li>- Tenues de nuit et coucher au plus tôt en fonction de l'effectif</li> </ul> <p><u>Maintien de l'autonomie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déplacements et transferts avec gestes réalisés à la place du résident.</li> <li>- Matériel qui doit être mieux adapté</li> <li>- Manque d'ergothérapeutes</li> </ul> <p><u>Sécurité du résident</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps de réponse allongé à la demande du résident ou de la famille</li> </ul>

### **2.3.3. L'introduction d'une nouvelle variable d'ajustement : le reste à charge pour le résident**

Au-delà d'une recherche d'économie reposant sur la masse salariale, une autre issue peut permettre de compenser la rigueur budgétaire en matière de soins. C'est pourquoi, la députée socialiste Frédérique MASSAT a attiré l'attention du Ministère du travail sur le report de charges possible au détriment des usagers par l'augmentation du tarif hébergement. En effet « alors que la tentation existe fortement de reporter sur les usagers le financement du risque dépendance, l'inflation des tarifs hébergement signerait le renoncement général à une socialisation du risque vieillesse ».

Les marges de manœuvre significatives dans ce secteur d'activité se limitant, en termes de dépenses, sur les ressources humaines, il est pour le moins cohérent de mener une réflexion sur la facturation aux résidents de certaines prestations jusqu'à présent incluses dans le tarif comme notamment les prestations de coiffure et d'esthétique.

À cette crainte, le ministère en charge du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville a apporté en date du 30 mars 2010 une réponse pour le moins rigoriste. « Avec les réformes en cours, le tarif hébergement ne deviendra pas la « variable d'ajustement » des autres forfaits relatifs aux soins et à la dépendance. En effet, le forfait global soins continuera à financer les prestations relatives aux soins [...]. Un compte d'emploi, vérifié par les pouvoirs publics, permettra de s'assurer de l'absence de report de charge. Certes les mécanismes d'approbation initiale des budgets et d'allocation des ressources aux établissements vont évoluer vers une tarification dite à la ressource, cependant le contenu de chaque tarif continuera à ne couvrir que les prestations qui lui correspondent. De plus les services de l'État continueront à contrôler les budgets des établissements pour veiller à la bonne application de ces règles ».

### **3. TROISIÈME PARTIE : LES AXES D'AMÉLIORATION POUR CONCOURIR AU SUCCÈS DE LA RÉALISATION DE LA CONVERGENCE**

La perspective maintenue de ramener tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds conduit les gestionnaires, et notamment ceux des structures publiques hospitalières, à devoir proposer des modes de réalisation de la convergence risquant d'entraîner des conséquences difficiles tant pour les établissements que pour les usagers.

Dans ses fonctions d'évaluation des politiques et des actions conduites, et considérant les faibles marges de manœuvre dont il dispose, un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, se doit d'analyser les conditions qui devraient concourir au succès et d'anticiper celles qui en seront un frein.

Ainsi plusieurs axes d'amélioration, qui se veulent, si ce n'est exhaustifs, pour le moins réalistes, peuvent être proposés à partir de l'analyse de l'existant pour que l'effort financier que représente l'entrée en convergence, soit soutenable et non pas la source d'inégalités inacceptables.

En effet, compte tenu du niveau de dépassement des tarifs, diverses modalités de retour aux valeurs plafonds peuvent être envisagées.

Relevant de véritables choix de gestion de l'établissement, celles-ci peuvent être assimilées à une mise en adéquation de leur dotation avec le niveau de soins requis d'une population ciblée, en l'occurrence de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (3.1). De même, alors qu'une véritable réflexion devra être menée à terme sur l'organisation et les prestations médicales assurées au sein des unités d'hébergement hospitalières (3.2), il convient dès à présent d'analyser la place réelle que doivent occuper ces unités au sein de la filière gériatrique rhodanienne (3.3)

#### **3.1 ENGAGER UNE RÉFLEXION SUR L'OPPORTUNITÉ DE LABELLISER UNE OU PLUSIEURS UNITÉS D'HÉBERGEMENT RENFORCÉES (UHR)**

Le plan Alzheimer 2008-2012, dans sa seizième mesure, prévoit la mise en place d'un dispositif spécifique qui vise à développer, dans les unités d'hébergement de type USLD ou EHPAD, un accompagnement adapté des malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement. Ce dispositif recouvre la création de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR).

Or, ce nouveau *modus operandi* proposé par le plan Alzheimer correspond pour partie aux modalités de réalisation de la convergence prévues par la circulaire budgétaire du 17 mars 2009, qui précise que « la convergence peut être réalisée par la mise en adéquation de leur dotation avec le niveau de soins médicaux et techniques ».

Ainsi, et bien que répondant parfaitement aux besoins recensés localement, (3.1.1) la mise en place d'une unité Alzheimer spécialisée rencontre pourtant une faible mobilisation chez les équipes médicales et soignantes (3.1.2).

Au-delà de ce faible enthousiasme, les contraintes architecturales et le nécessaire maintien du confort hôtelier des établissements des HCL, potentiellement concernés par ces réalisations, ne permettent pas d'envisager, à ce jour, une structuration en UHR qui soit conforme au cahier des charges actuellement proposé (3.1.3).

### **3.1.1. Une labellisation encouragée par les services déconcentrés et qui permettrait à terme de répondre à de réels besoins**

L'UHR est un lieu de vie qui fonctionne nuit et jour et qui propose, sur un même lieu, l'hébergement, les soins et les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles sévères du comportement.

Or, avec un surcoût de fonctionnement estimé par la circulaire du 6 juillet 2009<sup>36</sup>, de 240 à 280 000 euros (par renforcement des places médico-sociales existantes), la mise en place d'une ou de plusieurs UHR est, bien entendu, largement encouragée par les autorités de tutelle.

En effet, sans augmentation de la capacité de l'établissement, la réalisation d'Unités d'Hébergement Renforcées peut se concrétiser par l'adaptation d'une unité existante, ce qui permettrait de résorber par là même le différentiel de dotation.

À cet égard, un projet visant à réduire la capacité en lits d'EHPAD par transfert des autorisations, à hauteur de 50 lits, à un autre opérateur (non encore identifié à ce jour) permettrait, par exemple, d'utiliser les locaux ainsi libérés pour installer 50 lits d'USLD supplémentaires et solliciter, de manière concomitante, une labellisation UHR.

Dans le cadre du suivi particulier des mesures médico-sociales du plan Alzheimer, il est à noter que l'objectif de création de 1 667 places d'UHR (soit 119 UHR de 14 places ou 140 UHR de 12 places), a été posé dans la circulaire interministérielle du 31 mai 2010.

---

<sup>36</sup> MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA VILLE. MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ». NOR : M TSA0910552C.

En effet, une répartition indicative, pour ne pas dire incitative, au 31 décembre 2012 des places d'UHR à programmer est présentée en annexe 3 et contraint ainsi largement les ARS à accélérer la mise en place de ce dispositif.

De plus, avec un objectif de création de 11 UHR médico-sociales en Rhône-Alpes à échéance 2012, et dans un souci de mise en œuvre rapide de cette mesure du plan Alzheimer, il semble cohérent que le plus important CHU de la région soit sollicité pour faire acte de candidature.

En dehors de l'intérêt évident et premier de résorption automatique de la surdotation, un deuxième facteur de réussite, qui réside dans les besoins de prises en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, pourrait contribuer au succès de la procédure de labellisation des nouvelles structures de type UHR.

En effet, la priorité est donnée aux établissements à même de garantir, à des patients souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères, la continuité et la coordination des soins.

Or, une file active de patients HCL, atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée responsable d'un syndrome démentiel, bénéficie d'ores et déjà de soins spécialisés au sein de l'unité cognitivo-comportementale (UCC), située à l'hôpital des Charpennes (12 lits de SSR, 1 lit de SCD).

Cette unité mise en service en février 2010, dans le cadre des mesures prévues par le « plan Alzheimer », vise à prendre en charge les patients atteints d'un syndrome démentiel et ce dès les premiers troubles du comportement, au moment où une intervention multidisciplinaire permet d'apaiser le patient et l'entourage afin de favoriser le retour rapide (séjour inférieur à un mois) dans le lieu de vie habituel.

Cette unité a pour objectif d'initier un plan de soins sur le long terme et notamment un suivi en hôpital de jour pour maintenir les bénéfices de cet apaisement et prévenir la décompensation brutale qui conduit le patient aux urgences sans aucune anticipation, amène à prescrire des neuroleptiques et augmente considérablement le risque de grabatisation. Seulement, compte tenu de la configuration des locaux mais surtout de la forte demande et des durées moyennes de séjour prévues, l'UCC avec douze lits de SSR et un de SCD, ne représente qu'une solution très partielle au problème de la prise en charge des malade Alzheimer en établissements.

Compte tenu de l'effectivité du besoin recensé localement, il est certain que les HCL obtiendraient l'autorisation des services de l'État et du conseil général de disposer d'une ou de plusieurs UHR.

### **3.1.2. Un faible enthousiasme des équipes médicales et managériales qui s'interrogent sur l'intérêt thérapeutique et le financement en fonctionnement de ces unités**

Si l'éligibilité des résidents des HCL à la création d'une ou plusieurs UHR, semble ne pas faire de doute, l'intérêt thérapeutique et le financement même de ces unités soulèvent, quant à eux, davantage d'interrogations.

Tout d'abord, du point de vue des équipes médicales et soignantes, la plus grande prudence est réclamée quant à la création prochaine d'UHR.

En effet, si des moyens supplémentaires en personnel ont été accordés lors de la convention tripartite de première génération, la perspective du regroupement de 12 à 14 patients atteints de troubles sévères du comportement, à moyens constants, n'enchantent guère les équipes.

Il faut souligner, à ce titre, que la montée en charge de l'UCC depuis son ouverture en février 2010 a été particulièrement éprouvante pour les équipes qui ne s'attendaient pas à une telle charge physique et psychologique.

De plus, les praticiens des établissements des HCL potentiellement concernés par la création d'une UHR, semblent plus que septiques sur l'intérêt thérapeutique d'une telle prise en charge.

Ainsi, si l'organisation des soins spécifiques aux patients souffrant de démences a été modélisée<sup>37</sup> et peut être considérée comme une nouvelle étape dans l'évolution de la prise en charge des personnes atteintes d'Alzheimer, le caractère collectif de cette démarche thérapeutique peut, pour autant, devenir rapidement anxiogène tant pour des résidents en recherche d'apaisement que pour des soignants désarmés.

Par ailleurs, ces interrogations voire ces réticences semblent partagées par la direction du GHG qui s'interroge, pour sa part, sur les modalités concrètes de financement de ces unités et la cohérence de leur tarification en exploitation, notamment par rapport au principe de convergence tarifaire. En effet, alors que Nora Berra, dans son discours, prononcé le 15 avril 2010<sup>38</sup> sur les Pôles d'Activités de Soins Adaptés, les PASA, et les

---

<sup>37</sup> Organisation des soins retenue par les HCL : une évaluation du diagnostic étiologique et du diagnostic de gravité est systématiquement réalisée par l'équipe médicale, et si nécessaire grâce à une évaluation neuropsychologique. Un recensement des symptômes psychologiques et comportementaux est conduit par l'interrogatoire du patient et de l'entourage, par l'examen clinique et si nécessaire par l'inventaire de neuropsychiatrie. Une combinaison d'approches thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses est systématiquement envisagée. Si nécessaire, une psychologue clinicienne peut suivre le patient et l'entourage. Un suivi clinique en consultation et en hôpital de jour est systématiquement proposé à la sortie du patient..

<sup>38</sup> BERRA N., « *Journée nationale d'information sur les Pôles d'Activités de Soins Adaptés, les PASA, et les Unités d'Hébergement Renforcées, les UHR* », 15 avril 2010, Maison de la Chimie, Paris.

UHR, annonçait qu'un forfait de 40 000 € serait attribué à la labellisation d'une UHR en USLD, la circulaire du 31 mai 2010 ne semble pas reprendre ce principe.

Si cette circulaire évalue le surcoût de fonctionnement d'une UHR entre 240 et 280 000 €, elle précise que c'est bien la tarification GMPS qui valorisera la prise en charge des résidents présentant des troubles sévères du comportement.

L'annexe 2 de la circulaire du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et des services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées précise en effet que « pour les UHR, il est fait application d'une tarification à la ressource opérée par le biais de l'outil PATHOS avec un double codage de l'état pathologique « trouble du comportement » et de l'état pathologique « syndrome démentiel » pour les résidents accompagnés que l'algorithme transcrit automatiquement à 489 points, hors pathologies associés. Cette cotation permet, dans le cadre de l'équation tarifaire au GMPS, de dégager un coût à la place compris entre 25 500 et 27 000 € ».

Or, le coût du lit HCL étant de 25 059,70 € (contre 15 551 € pour le Rhône) pour les EHPAD et de 41 484,67 € pour les USLD (la moyenne départementale USLD est d'environ 30 000 € par lit), il semble donc opportun de s'interroger sur l'intérêt réel, en dehors de tout affichage politique, de la réalisation d'une UHR.

### **3.1.3. Une présomption de non conformité : l'environnement architectural**

Enfin, si le dossier de projet UHR pourrait être éligible au titre des besoins recensés localement et de sa traduction en termes de convergence sanitaire, il ne répond manifestement pas à l'ensemble des critères du cahier des charges et plus particulièrement à celui d'un environnement architectural adapté.

La circulaire du 06 juillet 2009, relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » prévoit, dans son annexe 8, un cahier des charges des UHR qui accorde une large place aux critères environnementaux.

L'environnement architectural doit être le support du projet de soins et d'activités adaptées et doit répondre aux trois objectifs suivants :

- créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant
- procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable
- offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

L'UHR, conçue pour héberger 12 à 14 résidents, est à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités.

Or, si l'UCC mise en service en février 2010 à l'hôpital gériatrique des Charpennes, a été aménagée pour apaiser les patients et limiter les troubles du comportement par un travail sur les couleurs, les éclairages, les espaces de vie (atelier, salons, véranda...), la sécurisation des sorties, tout cela n'a été rendu possible qu'à la suite d'une importante opération de rénovation des locaux.

Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement d'une unité d'hébergement renforcée, tels que prévus dans le cahier des charges, ne sont, pour ainsi dire, pas existants dans les établissements HCL potentiels concernés.

Il est vrai que si la conception architecturale des unités actuelles n'apporte qu'une réponse très partielle aux critères de labellisation relatifs au cadre bâti, les espaces extérieurs sont, quant à eux, totalement inexistant. En effet, aucun des établissements candidats ne dispose d'un jardin ou d'une terrasse clos et sécurisés librement accessibles aux résidents.

Compte tenu de l'important projet d'amélioration de l'espace qu'il conviendrait de mettre en œuvre pour répondre à l'ensemble des critères environnementaux du cahier des charges des UHR, une étude de faisabilité préalable à la conception d'un projet d'UHR devra être envisagée. Toutefois, si le dossier de candidature pour la réalisation d'une ou plusieurs UHR dans un établissement existant devait recueillir un avis favorable des services de l'État et du Président du Conseil Général, il serait de la responsabilité du directeur de solliciter, autant que possible, la mobilisation des différents types d'aide à l'investissement existants sur le secteur médico-social afin de limiter l'impact de l'opération d'investissement sur le reste à charge des personnes âgées hébergées.

### **3.2 REPENSER L'ORGANISATION ET LES PRESTATIONS MÉDICALES ASSURÉES DANS LES UNITÉS D'HÉBERGEMENT HOSPITALIÈRES POUR PERSONNES ÂGÉES**

Les modalités de retour des dotations soins aux tarifs plafonds ne doivent pas s'envisager uniquement sous le prisme économique. Afin de donner à ce processus de convergence les conditions de réussite minimales, il conviendrait en sus qu'une réflexion soit menée sur la mise en place d'une organisation soignante moins hospitalo-centrée (3.2.1). Le changement important de mentalité, en termes de renoncement à une culture essentiellement sanitaire, devra lui aussi être accompagné d'un engagement de l'ensemble de la filière, d'adresser aux unités d'hébergement une population dont le niveau de soins requis est en meilleure adéquation avec la dotation dont ils disposent (3.2.2)

### **3.2.1. La programmation de la démedicalisation pour résister à la prégnance du modèle hospitalier**

La permanence du modèle hospitalier et du concept de médicalisation auquel il a donné naissance semblent être des freins majeurs à la mise en place d'une organisation médicale adaptée pour le fonctionnement de ces lits d'EHPAD et en parallèle une réorganisation du secteur USLD notamment en termes de ressources humaines.

Avec une surveillance paramédicale continue et une permanence médicale pour le moins rassurante, le passage des résidents aux urgences ou en unité de soins de courte durée est presque systématiquement évité lors de la phase aiguë d'une pathologie.

L'organisation très hospitalière des unités d'hébergement des HCL, encouragée par la mixité de ces unités, conduit d'ailleurs bien souvent à des interventions techniques inenvisageables en EHPAD traditionnels. La lourdeur des patients, dont le niveau de besoins en soins requis est bien supérieur à une population d'EHPAD, oblige parfois de l'aveu même d'un cadre de santé du groupement de gériatrie, à réaliser des actes techniques particulièrement lourds (comme des ponctions pleurales par exemple).

La prise en charge en EHPAD/USLD, selon la directrice des soins du GHG, Yvette OHANA, fonctionne sur un modèle similaire de celui proposé en SCD ou en SSR. En effet, avec *a minima* une visite paramédicale quotidienne voire bi-quotidienne et la réalisation d'exams para-cliniques lourds, il n'existe pas une spécificité des EHPAD ou des USLD des établissements des HCL.

Preuve de cette absence de culture médico-sociale, les Conseils de Vie Sociale au sein des unités d'EHPAD peinent à se mettre en place et à trouver leur légitimité alors que cette instance a immédiatement été installée au Centre Hospitalier de Givors lors du transfert de gestion de la Fondation Bertholon-Mourier.

Certes, intervenir médicalement et techniquement en unités SCD, si l'état de santé du résident l'exige lors d'une phase aiguë d'une pathologie, implique, pour Yvette OHANA de disposer de lits disponibles de court séjour et de mettre en place une organisation médicale spécifique. Or, si les soignants, selon la direction des soins semblent prêts à cette réorganisation d'envergure, il faudra davantage réussir à convaincre les médecins encore trop volontiers interventionnistes et largement empreints (surtout en début de carrière) d'une culture curative.

De même et alors que les effectifs d'IDE devraient être moindres dans les unités d'hébergement, une véritable réflexion n'a pas encore été engagée aujourd'hui sur la diminution des effectifs notamment dans les unités d'EHPAD.

En effet, alors que les efforts financiers induits par la convergence impliquent, en priorité, un alignement des effectifs des unités d'EHPAD des HCL sur les modes de fonctionnement en vigueur traditionnellement dans ces structures aucune définition d'effectifs moyens adaptés à l'activité n'a été actée à ce jour (bien que des effectifs cibles, comme ils sont communément nommés, aient d'ores et déjà été arrêtés sur les autres catégories médico-tarifaires).

Il ressort des missions d'un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social de définir en lien avec les acteurs les plus directement concernés, c'est à dire la direction des soins et la direction du personnel et des affaires sociales, une organisation avec des effectifs adaptés à l'activité (en affectant les agents en fonction des cibles déterminées et en tenant compte du fait que ces lits sont installés dans des structures pavillonnaires).

Interrogée sur les modalités concrètes de redéfinition de l'organisation et des prestations soignantes dans ces unités, Yvette OHANA suggère de réaliser une véritable observation de l'organisation actuelle : qui fait quoi, à quel moment, quelle répartition des tâches entre les personnes ? Ces observations permettraient en effet d'optimiser le temps en diminuant les moments d'inaction et en passant sur des temps davantage collectifs négligeant intrinsèquement la relation privilégiée que les soignants pouvaient entretenir jusqu'à présent avec leurs résidents.

Or, dans un climat social d'ores et déjà dégradé, annoncer des reports de charge en soins peut vite devenir extrêmement compliqué pour un directeur et source de conflits sociaux. Trouver le moment opportun pour communiquer sur un tel projet s'apparente donc à un véritable défi pour le directeur qui devra anticiper les risques induits d'absentéisme, de démotivation, de turn-over et d'arrêts maladie.

La démedicalisation des unités d'hébergement, loin d'être un simple ajustement des pratiques s'apparente en réalité à un changement de nature de la prise en charge.

À cet égard, la réussite d'un tel projet devra s'appuyer sur un véritable changement des mentalités qui devra être accompagné par une gestion incitative des ressources humaines et la mise en place d'une collaboration accrue entre les secteurs sanitaire et médico-social. Par exemple, sur la base du volontariat, l'organisation du travail en douze heures pourrait être proposée aux équipes soignantes des unités EHPAD. Celle-ci pouvant être une source nouvelle de motivation pour les jeunes professionnels issues de la promotion professionnelle et qui ont pour la plupart des enfants en bas âge.

### **3.2.2. L'admission d'une population dont le niveau de soins requis est en meilleure adéquation avec la dotation de soins**

Si l'organisation et les prestations médicales doivent être repensées, il convient tout autant de revoir la politique de recrutement des résidents. En effet, l'admission d'une population dont le niveau de soins requis correspond avec la dotation de soins de l'établissement peut se concevoir de deux manières radicalement différentes.

Il est tout d'abord envisageable de « jouer » sur les deux ensembles agrégés du GMPS, à savoir : la dépendance (GMP) et la charge en soins (PMP). D'autre part, et de manière diamétralement différente, une attention particulière pourrait être portée aux profils des résidents ainsi qu'aux opportunités, comme la réouverture après travaux d'une unité, pour n'y accueillir que des résidents se rapprochant des « normes » (Profil d'un résident d'EHPAD : une forte dépendance et un faible niveau de soins médicaux requis).

Bien que poursuivant le même dessein, les deux scénarios dessinent les contours de stratégies d'admission totalement dissymétriques.

Alors que dans la première hypothèse il est recherché une augmentation substantielle du GMPS et donc de la « lourdeur » des patients, dans la seconde il s'agit de favoriser l'admission de patients dits légers avec un véritable profil EHPAD.

Concernant tout d'abord l'augmentation substantielle du GMPS, Laurent AUBERT, Directeur de l'hôpital gériatrique des Charpennes et Directeur financier du GHG, a modélisé, sur les unités EHPAD et USLD, une augmentation de 20 points de GMPS afin de pouvoir évaluer l'incidence qu'aurait celle-ci sur la surdotation.

#### Ainsi pour les USLD :

- Une augmentation de 20 points du GMP (de 854 à 874) permet de diminuer la surdotation de 85 K€ environ (de 3, 545 M€ à 3, 459 M€)
- Une augmentation de 20 points du PMP (de 600 à 620) entraîne une diminution de la surdotation de 220 K€

#### Pour les unités d'EHPAD :

- Une hausse de 20 points du GMP (827 à 847) conduit à diminuer la surdotation d'environ 60 K€ (de 1, 851 M€ à 1, 795 M€)
- Une hausse de 20 points du PMP (183 à 203) permet de diminuer la surdotation d'environ 150 K€ (de 1, 851 M€ à 1, 704 M€)

Or, si des recettes supplémentaires peuvent être ainsi dégagées sur la section soins, cette variation à la hausse du GMPS semble toutefois difficilement réalisable à effectif constant.

La seconde hypothèse, qui tend à n'admettre que des patients dits plus légers, en EHPAD notamment, repose sur un double postulat. À la fois celui d'une ouverture culturelle du corps médical et des soignants au secteur médico-social mais également de l'effectivité de la réorganisation par la mise en œuvre progressive des effectifs adaptés. Cette solution nécessite à la fois de disposer d'un potentiel de lits à l'aval du SSR mais également d'assurer une priorité aux patients du long séjour pour l'accès et l'utilisation des lits de SCD.

Seulement, mettre en œuvre ce type d'organisation implique, au titre de la mission d'assistance d'un CHU, de faciliter la sortie de SCD ou de SSR des patients à l'aide sociale (en accordant une priorité à ces patients qui sont refusés dans les EHPAD non hospitaliers), mais également d'appréhender le vieillissement de ces résidents et son corollaire, la médicalisation croissante de leur prise en charge.

De même, il faut avoir à l'esprit que même si les résidents du long séjour bénéficient d'une mutation en SCD si leur état de santé l'exige, et libèrent à ce titre leur lit, ces derniers restent en quelque sorte, selon le Dr Brigitte COMTE, des « bed bloqueurs » puisqu'ils ne pourront pas être remplacés.

À cet égard, la direction du GHG vient de réaliser une enquête sur le délai entre une sortie et une entrée en EHPAD/USLD. Les premiers résultats de cette enquête confirment l'importance du laps de temps (7 jours en moyenne) entre la libération d'un lit de long séjour et son occupation par un nouveau résident.

Les explications les plus souvent avancées font état, alors que le service social instruit de nombreuses demandes, d'une hésitation importante des familles souvent dans la culpabilité, d'un blocage psychologique des soignants qui ont noué une relation privilégiée avec le résident décédé après plusieurs années de soins ou de chambres rendues particulièrement difficiles à pourvoir par leur niveau de confort (chambre double, absence de sanitaire privé...).

### **3.3 DÉCLOISONNER LES FILIÈRES D'ADMISSION DES HCL AFIN D'AMÉLIORER LA COORDINATION ET DE TENDRE VERS LA CONSTITUTION D'UNE VÉRITABLE FILIÈRE GÉRIATRIQUE RHODANIENNE**

Les Hospices Civils de Lyon constituent à eux seuls une filière gériatrique complète permettant de suivre le patient sur l'intégralité de son parcours de soins.

Seulement si le choix de conserver des unités d'hébergement peut s'expliquer par le rôle d'expertise, de recours et d'assistance d'un CHU, il ne doit pas pour autant se traduire, au risque d'oublier l'intérêt premier du patient, par un affaiblissement des liens entretenus avec les autres membres de la filière rhodanienne (3.3.1). En effet, l'amélioration de la prise en charge des résidents passera à terme, à l'instar du CHU de Limoges, par une collaboration accrue entre les secteurs sanitaire et médico-social (3.3.2).

#### **3.3.1. Les EHPAD tampons : une solution faussement rassurante**

Conserver un potentiel de lits d'EHPAD hospitaliers dits « tampons » permet de garantir la fluidité de la filière gériatrique des HCL. Seulement, cette démarche faussement rassurante annihile, en réalité, toute réflexion sur la mise en place d'une filière gériatrique rhodanienne.

Si la solution de l'EHPAD hospitalier tampon relève *a priori* d'une bonne logique de gestion en termes de fluidité de filière, elle se confronte pour autant rapidement à un problème éthique. Effectivement, entrer en convergence et par extension entrer dans la cible nationale revient en quelque sorte à dégrader la qualité des prestations en s'alignant sur les modes de fonctionnement en vigueur dans les structures non hospitalières.

Or, pour Fabrice ROBELET, chargé de mission « Établissement de santé » à la Direction de l'Efficiencia de l'Offre de Soins – Financement de l'Offre de soins de l'ARS Rhône-Alpes, ce raisonnement ne semble pas tenable. Pour ce dernier, garder des EHPAD hospitaliers n'est pas une solution car cela revient à se conforter dans un modèle autarcique de gestion excluant de fait le conventionnement avec les autres membres de la filière départementale.

En effet, si les Hospices Civils de Lyon ont mis en place depuis plusieurs années une politique de conventionnement avec les structures d'USLD et d'EHPAD des bassins hospitaliers avoisinants, celle-ci ne vise pas nécessairement à améliorer la prise en charge des résidents. Les nombreuses conventions déjà signées, loin d'offrir les éléments d'une réelle collaboration entre les secteurs sanitaire et médico-social, répondent avant

tout aux exigences réglementaires et législatives du secteur médico-sociales (plan canicule...).

Parallèlement, une renégociation de ces conventions pourrait également être envisagée, au titre des missions du directeur, car certaines conventions qui visent à désengorger la filière gériatrique interne des HCL, profitent largement au secteur privé lucratif.

Les professionnels de ces établissements, en entretenant une relation de confiance privilégiée avec les services adresseurs des HCL, parviennent par leur réactivité et via une utilisation optimale du logiciel d'aide à l'orientation des patients « TRAJECTOIRE », à capter les patients les plus légers.

À cet égard, la direction générale des HCL dans le cadre du suivi du projet d'établissement « cap 2013 » souhaite, à présent, pouvoir maîtriser davantage les flux et les profils des patients en instaurant une préférence HCL. Cette préférence pourrait prendre la forme d'une exclusivité des établissements gériatriques des HCL de 24 à 48 heures. Elle permettrait ainsi aux équipes de s'organiser pour consulter et analyser les demandes d'admission avec indication de l'objectif du SSR et d'assurer l'entrée dans la filière de patients réputés moins lourds.

### **3.3.2. « Le CHU de Limoges : EHPAD de la Haute-Vienne »<sup>39</sup> ou l'exemple du succès d'une collaboration sanitaire et médico-sociale**

Le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges a souhaité développer une collaboration accrue avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qu'ils soient publics, privés ou associatifs.

Or, sur les cinq services<sup>40</sup> mis en place par le CHU pour assurer une meilleure qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en EHPAD, trois d'entre eux pourraient trouver un écho favorable aux Hospices Civils de Lyon.

Par exemple, dans le cadre d'avenants ou de renégociations de certaines conventions, les HCL pourraient s'inspirer de l'unité de recours et de soins gériatrique (URSG). D'une capacité de 15 lits, cette URSG est un service de soins de suite qui accueille, en contrepartie d'un engagement de reprise en charge de l'EHPAD, dans un délai moyen de 12 jours, des résidents d'EHPAD après un contact téléphonique entre le médecin traitant

---

<sup>39</sup> VERGER P., mars-avril 2010, « CHU de Limoges : EHPAD de la Haute-Vienne », *Revue Hospitalière de France*, spécial Hôpital Expo 2010, n°533, pp. 58-60.

<sup>40</sup> Une unité de recours et de soins gériatriques, un numéro d'appel unique pour les consultations et la régulation téléphonique, une hospitalisation à domicile en EHPAD, une évaluation des résidents atteints de la pathologie d'Alzheimer et d'autres démences en EHPAD et enfin un relais des familles.

(ou le médecin coordonnateur) et le médecin responsable de l'unité. Cette unité que nous pourrions qualifier d'unité de répit « n'est donc pas un système d'admissions déguisées ni un lieu de diagnostics et d'investigations : la pathologie ou polyopathie du résident est déjà connue et l'utilisation du plateau technique n'est pas de mise »<sup>41</sup>.

Cette réponse efficace et rapide, gage d'une confiance entre les secteurs sanitaire et médico-social pourrait, à terme, préserver les HCL de la déresponsabilisation actuelle de certains EHPAD qui, à l'occasion la prise en charge de pathologies aiguës, mutent dans une unité hospitalière leurs résidents en urgence et balaiant d'un simple revers de la main la demande d'admission ultérieure de ce même patient.

La mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD constitue un autre retour d'expérience intéressant qui pourrait être envisagé aux HCL.

En effet, lorsqu'un résident âgé n'est pas encore totalement stabilisé d'un point de vue médical, le retour au domicile ou en EHPAD peut être retardé. Or, avec une HAD de 40 places, le CHU de Limoges ambitionne de raccourcir de manière substantielle le séjour hospitalier de la personne âgée, qui est souvent délétère pour elle. Conformément à l'esprit de la réglementation et notamment du décret du 22 février 2007 et de la circulaire du 5 octobre 2007, l'objectif est d'éviter les « ré-hospitalisations » et les passages itératifs aux urgences.

Enfin, le numéro d'appel unique pour les consultations et la régulation téléphonique au-delà de son caractère exportable semble déjà faire chemin au sein du PAM de gériatrie.

En effet, « le numéro d'appel unique de consultations réservés aux EHPAD du département...dispense d'une attente téléphonique souvent longue. Il permet aussi de regrouper les rendez-vous de plusieurs résidents d'un même établissement. Un délai préférentiel (un mois au plus) leur est accordé. L'objectif est d'éviter une aggravation de l'état de santé, voire une hospitalisation, dès lors que l'avis du spécialiste est posé rapidement. Un second numéro d'appel, réservé aux médecins traitants des EHPAD et aux médecins de ville, a été créé simultanément : le numéro unique d'appel de régulation permet un contact direct médecin traitant d'EHPAD / gériatre du CHU, du lundi au vendredi »<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> VERGER P., mars-avril 2010, « CHU de Limoges : EHPAD de la Haute-Vienne », *Revue Hospitalière de France*, spécial Hôpital Expo 2010, n°533, pp. 58-60.

<sup>42</sup> Idem

Cette expérience a été proposée aux médecins du PAM de gériatrie qui, bien que trouvant l'initiative séduisante, ont parfois peine à trouver une organisation adéquate pour faire fonctionner ce numéro d'appel unique.

Il est certain que si cette solution apporte une réponse efficace en termes de prise en charge, elle nécessite également une forte implication du corps médical pour assurer cette permanence téléphonique, en sus de l'activité quotidienne.

## Conclusion

Justifiée par la nécessité d'assurer une plus grande équité dans la prise en charge en faisant converger les niveaux de médicalisation et les taux d'encadrement des établissements, la convergence tarifaire s'est objectivement traduite par une augmentation moyenne de 35% des ressources affectées aux 80% des établissements dont les dotations soins se situent en dessous des tarifs plafonds. Cependant, cette augmentation pour 80% des établissements ne doit toutefois pas faire oublier les diminutions substantielles supportées par les établissements en convergence.

Véritable quadrature du cercle, la convergence tarifaire des dotations de soins s'analyse comme une exigence réglementaire aux intentions paradoxales. En effet, dans la continuité de ce qu'indiquent les circulaires, les transferts de patients d'une structure vers une autre sont proscrits de même que les licenciements de personnel au lit des patients. Les modalités de retour des dotations soins aux tarifs plafonds laissent donc les gestionnaires, notamment des établissements les plus durement touchés, dans un isolement certain. Il semble en effet, tout à fait illusoire, d'initier une politique dynamique et soutenable de résorption des dépassements sans bénéficier en contrepartie d'une aide au diagnostic et d'une aide à la contractualisation.

Face à une réforme aux contours antinomiques qui va à l'encontre de l'esprit général des plans nationaux en faveur du grand âge et des moyens accordés à l'occasion de la signature des conventions tripartites de première génération, les professionnels des Hospices Civils de Lyon, comme ceux de la plupart des structures hospitalières publiques, sont désarmés et inquiets de la capacité du secteur à absorber cette réforme.

Le directeur de la CNSA, Laurent VACHEZ partage d'ailleurs cette inquiétude et s'interroge quant à lui sur « l'avenir même du modèle des EHPAD ». Estimant que « l'on est au bout du modèle » et qu'il devient nécessaire de « décrire ce que l'on attend d'un EHPAD par rapport à une prise en charge hospitalière », ce dernier résume parfaitement les interrogations des secteurs sanitaire et médico-social.

Consciente de cette interrogation grandissante autour du modèle EHPAD, la Direction Générale des Hospices Civils de Lyon a fait le choix d'accompagner le Groupement Hospitalier de Gériatrie dans sa nécessaire réorganisation en faisant appel à un cabinet d'audit. Ce cabinet initialement recruté dans le cadre plus large du suivi de la réalisation du projet d'établissement « cap 2013 », devrait travailler sur la question à compter du quatrième trimestre 2010 et remettre ses conclusions et préconisations d'ici à la fin de l'année.

---

# Bibliographie

---

## Les textes législatifs et réglementaires

- Code de la santé publique
- Code de l'action sociale et des familles
- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance
- Loi n°2008-1331 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009
- Arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité.
- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Décret n° 2001-399 modifiant le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHAPD ; crédits sur l'ONDAM 2000 (texte non paru au journal officiel)
- Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.
- Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ». NOR : M TSA0910552C.
- Circulaire N° DGOS/R1/DSS/2010/177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé. Validée par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, le 27 mai 2010 – Visa CNP 2010-61.
- Circulaire interministérielle N° DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Validée par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé, le 2 juin 2010 – Visa CNP 2010-79

### **Les articles et revues**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FANCE. PÔLE ORGANISATION SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE – SECTEUR VIEILLESSE / HANDICAP. 2009, *Résultats de l'enquête : convergence tarifaire en EHPAD*, 25 p.

LEOTOING M., septembre 2009, « Tarification : les raisons de la colère ». *TSA*, n°5, pp.10-13.

VERGER P., mars-avril 2010, « CHU de Limoges : EHPAD de la Haute-Vienne. Assurer le succès d'une collaboration sanitaire/médico-sociale ». *Revue Hospitalière de France*, Spécial Hôpital Expo, n°533, pp. 58-60.

VILEZ A., septembre-novembre 2008, « Hébergement des personnes âgées : comment résister à la prégnance du modèle hospitalier », *Contact santé*, n°226, pp. 35-37.

### **Les rapports**

COUR DES COMPTES. « Les personnes âgées dépendantes », Rapport au président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, novembre 2005, 447 p.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. Avis sur « Vieillesse, longévité et assurance maladie », adopté à l'unanimité – 22 avril 2010 [visité le 27.04.2010], disponible sur Internet :

[http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam\\_avis\\_220410.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_220410.pdf)

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. Note d'accompagnement technique sur « Vieillesse, longévité et assurance maladie », adopté à l'unanimité – 22 avril 2010 [visité le 27.04.2010], disponible sur Internet :

[http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam\\_note\\_220410.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_note_220410.pdf)

SENAT. Rapport d'information de M. Alain VASSELLE, sur le processus de convergence tarifaire et la proposition de report de son achèvement à 2018, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n°76 (2009-2010) – 3 novembre 2009. [visité le 14.04.2010], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/r09-076/r09-0761.pdf>

SENAT. Rapport de Mme Sylvie DESMARESCAUX, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, fait au nom de la commission des affaires sociales, n°90

(2009-2010), Tome III : Médico-social - 4 novembre 2009. [visité le 14.04.2010], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/l09-090-3/l09-090-31.pdf>

### **Les thèses et mémoires**

ETCHETTO C, décembre 2009, « La création d'une filière gériatrique au Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye : vers une prise en charge globale qualitative et cohérente de la personne âgée sur le territoire de la Haute Gironde », Mémoire EHESP filière DESSMS.

« La réforme des USLD », 2009, Module Interprofessionnel de Santé Publique, EHESP.

### **Les conférences et discours**

- BERRA N., « *Journée nationale d'information sur les Pôles d'Activités de Soins Adaptés, les PASA, et les Unités d'Hébergement Renforcées, les UHR* », 15 avril 2010, Maison de la Chimie, Paris.

- FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. *Journée Régionale du Médico-Social*, 19 novembre 2009. Lyon.

-FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE SYNDICAT NATIONAL DE LA GÉRONTOLOGIE CLINIQUE, Sécurité et qualité dans le secteur personnes âgées : Produire des indicateurs de qualité associés à des indicateurs de résultat, Conférence du 2 avril 2009, [visité le 13 août 2010]. Disponible sur Internet : <http://www.localtis.info/cs/BlobServer?blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobkey=id&blobwhere=1250155146731&blobheader=application%2Fpdf>

- MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Discours de Nora BERRA, 7 èmes Assises du médecin coordonnateur en EHPAD, 24 novembre 2009, Cité Universitaire de Paris.

- SYNDICAT NATIONAL DES ÉTABLISSEMENTS ET RÉSIDENCE PRIVÉS POUR PERSONNES ÂGÉES, 9<sup>ème</sup> congrès national des maisons de retraite privées, 11-12 juin 2009, Palais des Congrès, Nantes.

### **Les sites Internet**

MASSAT F., Question écrite à l'Assemblée Nationale N° 50372. Question publiée au JO le : 26/05/2009 page : 5103 / Réponse publiée au JO le : 30/03/2010 page : 3753. Disponible sur le site Internet : [questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-34521QE.htm](http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-34521QE.htm)

Manifeste des gériatres : « Personnes âgées : la coupe réglée ». Évolution défavorable des coupes PATHOS, [mise à jour le 01.09.09], disponible sur Internet : <http://www.agevillagepro.com/actualite-3677-1-manifeste-geriatre-personne-agees-coupe-reglee.html#>

TUTELLE DDASS 61. EHPAD. : La réforme de la tarification [Dernière mise à jour : 13 février 2004],  
disponible sur Internet : [http://bassenormandie.sante.gouv.fr/dep3/actions/ehpad\\_02.htm](http://bassenormandie.sante.gouv.fr/dep3/actions/ehpad_02.htm)

---

## Liste des annexes

---

- Annexe n°1 – Liste des établissements concernés par la convergence
- Annexe n°2 – Grille utilisée pour les entretiens semi-directifs

## Annexe n° 1

### Liste des établissements concernés par la convergence tarifaire

	Strate	Option tarifaire	Raison sociale	Capacité Retenue	GMP	PMP	% de dépassement - convergence 2009
<b>Toutes Regions</b>				<b>61 090</b>	<b>672,06</b>	<b>157,62</b>	<b>14,1%</b>
<b>Alsace</b>				<b>1 081</b>			<b>15,3%</b>
<b>67 - Bas-Rhin</b>				<b>691</b>			<b>15,3%</b>
670793686	2	TP sans PUI	EHPAD Benfeld	85	792,00	168,00	23,0%
670781053	2	TP sans PUI	EHPAD Dambah la Ville	52	636,00	73,00	0,0%
670793728	2	TP sans PUI	EHPAD marckolsheim	102	752,00	168,00	3,7%
670799386	3	TG avec PUI	Maison de retraite Hoenheim	54	920,00	168,00	27,6%
670790112 et			Hôpitaux universitaires de strasbourg : bois fleuri et la				
670790104	1	TP avec PUI	faisanderie	153	617,00	168,00	8,5%
670793751	1	TG avec PUI	HL Rosheim	90	744,00	136,00	22,1%
670793622	1	TG avec PUI	CH Obernai	107	728,00	165,00	13,7%
67078442	1	TP avec PUI	Ch Sélestat	48	639,00	145,00	26,1%
<b>68 - Haut-Rhin</b>				<b>390</b>			<b>15,3%</b>
680011384	1	TP sans PUI	MR HOPITAL DE RIXHEIM	168	710,12	168,00	12,7%
680011434	1	TP sans PUI	MR DE L HOP LOCAL TURCKHEIM EHPAD	83	703,00	133,00	15,5%
680011442	3	TP sans PUI	EHPAD RESIDENCE JUNCK MOOSCH	66	746,56	168,00	5,8%
680012838	4	TP sans PUI	CENTRE DE SOINS DU QUATELBACH EHPAD SAUSHEIM	73	705,00	84,00	33,8%
<b>Aquitaine</b>				<b>5 895</b>			<b>12,2%</b>
<b>24 - Dordogne</b>				<b>521</b>			<b>10,3%</b>
240000034	1	TP avec PUI	EHPAD du CH de Lanmary	40	725,00	176,00	8,4%
240000042	1	TP avec PUI	EHPAD HL de Belves	55	666,36	168,00	17,1%
240000224	5	TP sans PUI	EHPAD la résidence d'automne	76	614,00	115,00	11,4%
240002154	2	TP sans PUI	EHPAD de cadouin	88	757,18	173,00	7,5%
240007666	1	TP avec PUI	EHPAD HL Excideuil	150	732,57	168,00	12,7%
240008417	5	TP sans PUI	EHPAD le domaine des Fromentaux	46	668,57	200,00	3,3%
240008706	7	TP sans PUI	EHPAD le clos saint roch	66	559,24	102,00	6,6%
<b>33 - Gironde</b>				<b>2 046</b>			<b>12,9%</b>
330781766	1	TP avec PUI	EHPAD de Podensac	229	521,00	168,00	2,5%
330782509	2	TP sans PUI	MR MANON CORMIER	97	681,00	168,00	25,7%
330782558	2	TP sans PUI	MR PUBLIC CREON	84	657,00	168,00	3,9%
330782608	2	TP avec PUI	EHPAD PUBLIC de St MACAIRE	102	726,00	167,00	0,3%
330782632	2	TP sans PUI	EHPAD Fondation ROUX à Vertheuil	80	649,00	168,00	1,9%
330782749	3	TP sans PUI	EHPAD MR PROTESTANTE de BORDEAUX	63	576,00	131,00	1,8%
330783333	2	TP sans PUI	MR SEGUIN CESTAS	80	816,00	168,00	46,9%

330785114	1	TG avec PUI	MR CH LIBOURNE et USLD FUSIONNE	330	627,00	166,00	11,9%
330785130	1	TP avec PUI	MR CH LA REOLE	88	693,00	168,00	1,8%
330786328	5	TP sans PUI	EHPAD DOMAINE DES AUGUSTINS à LATRESNE	24	808,00	250,00	14,7%
330791021	2	TP sans PUI	MR PLEIN SOLEIL	50	721,00	168,00	42,9%
330792573	1	TP avec PUI	EHPAD MR du CHU à PESSAC	190	630,00	168,00	20,6%
330792615	1	TP avec PUI	MR HOPITAL DE MONSEGUR	84	601,00	168,00	20,4%
330792631	1	TP avec PUI	FUSION MR ETUSLD BAZAS	130	661,00	168,00	7,1%
330792649	1	TP avec PUI	MR STE FOY	204	544,00	210,00	22,9%
330796376	3	TP sans PUI	EHPAD RESIDENCE D AQUITAINE	24	606,00	168,00	13,4%
330798620	3	TP sans PUI	MR LE CLOS MARTILLAC	38	674,00	168,00	0,7%
330798828	3	TP sans PUI	MR MIRAMBEAU	41	600,00	168,00	2,0%
330799081	5	TP sans PUI	EHPAD Le DUC de LORGE à Saint Jean d'Ilac	68	845,00	240,00	3,5%
330802786	3	TP sans PUI	MR LE VERGER DU COTEAU	40	596,00	168,00	0,4%
<b>40 - Landes</b>				<b>574</b>			<b>15,9%</b>
400780714	2	TP sans PUI	MAISON DE RETRAITE DE BISCARROSSE	64	746,00	170,00	7,8%
400780722	2	TP sans PUI	MAISON DE RETRAITE DE GABARRET	87	666,00	110,00	12,2%
400780789	2	TP sans PUI	MR DE MUGRON	80	614,00	136,00	27,8%
400780805	2	TP sans PUI	EHPAD de Roquefort	79	541,00	133,00	17,8%
400780813	2	TP sans PUI	MR LEON LAFOURCADE ST MARTIN DE SX	61	556,00	125,00	27,6%
400780847	2	TP sans PUI	EHPAD B,LESG, CAPBRETON	80	606,00	164,00	14,9%
400781159	3	TP sans PUI	LE BERCEAU ST VINCENT DE PAUL	85	567,00	134,00	6,6%
400782959	3	TP sans PUI	MR NOTRE DAME DES APOTRES CAPBRETON	38	459,00	75,00	17,9%
<b>47 - Lot-et-Garonne</b>				<b>796</b>			<b>10,3%</b>
470004094	5	TP sans PUI	Résidence de Raymond Agen	57	503,00	168,00	15,8%
470005438	3	TP sans PUI	Résidence soleil d'automne Tonneins	50	598,00	168,00	15,2%
470004102	5	TP sans PUI	Résidence Fleury à Clairac	45	840,00	168,00	3,7%
470002130	2	TP sans PUI	EHPAD rené Andrieu Monflanqui	64	538,00	168,00	13,8%
470000357	1	TP avec PUI	EHPAD rattaché à l'HL Castel Jaloux	93	739,00	168,00	12,4%
470000407	1	TP avec PUI	EHPAD rattaché au CH de Fumel	68	508,00	54,00	18,7%
470008723	1	TG avec PUI	ehpad rattaché CH de Villeneuve	174	805,00	168,00	2,0%
470000480	1	TP avec PUI	EHPAD rattaché au CHIC de Marmande Tonneins	195	664,00	168,00	18,1%
470009796	2	TP sans PUI	EHPAD les terrasses Puymirol	50	734,00	168,00	1,8%
<b>64 Pyrénées-Atlantiques</b>				<b>1 958</b>			<b>11,9%</b>
640006458	5	TP sans PUI	EHPAD URTABURU ST JEAN DE LUZ	60	807,00	215,00	9,4%
640007449	0	TP sans PUI	RESIDENCE OIHANA BAYONNE	64	830,00	188,00	0,1%
640008348	0	TP sans PUI	MR HARRIOLA ST PIERRE D IRUBE	53	804,00	249,00	0,3%
640013371	3	TP sans PUI	EHPAD LE BOSQUET	90	742,00	168,00	40,2%
640014635	3	TP sans PUI	Pré Saint-Germain - MR	45	798,00	160,00	19,9%
640015111	2	TP sans PUI	Le Temple	31	606,00	148,00	15,2%
640015236	3	TP sans PUI	L'ESQUIRETTE	79	586,00	168,00	72,4%
640780615	3	TP sans PUI	EHPAD BON AIR CAMBO	54	606,00	148,00	10,7%
640781787	3	TP sans PUI	Foyers	68	638,00	196,00	2,6%
640781795	2	TP sans PUI	MR JEAN DITHURBIDE SARE	111	760,00	168,00	12,7%
640781969	2	TP sans PUI	Saint-Pierre Garlin	79	586,00	168,00	24,3%
640781985	2	TP sans PUI	Roussane	90	742,00	168,00	9,9%
640784229	3	TP sans PUI	Pausa Lekua	75	732,00	195,00	1,3%
640785481	0	TP sans PUI	Résidence Anna Bordenave à Lescar	23	597,00	168,00	26,6%
640785515	7	TP sans PUI	EHPAD VIEIL ASSANTZA CAMBO	68	530,00	137,00	15,2%
640785556	3	TP sans PUI	Espérance et Accueil	68	530,00	137,00	5,0%

640785655	4	TP sans PUI	Chênes	66	820,00	123,00	9,9%
640785671	4	TP sans PUI	MR LES LIERRES PAU	60	623,00	133,00	93,2%
			Regroupement				
640785911	3	TP sans PUI	Saint-Joseph/Jeanne-Elisabeth	153	669,00	133,00	0,8%
640787107	2	TP sans PUI	EHPAD AL CARTERO A SALIES DE BEARN	58	738,00	159,00	28,9%
640792958	5	TP sans PUI	L'HESPERIE BIARRITZ	55	805,00	123,00	3,0%
640794517	5	TP sans PUI	Colchiques	60	796,00	148,00	1,1%
640794558	3	TP sans PUI	MR AUTOMNE EN ASPE OSSE EN ASPE	57	883,00	211,00	6,6%
640794871	3	TP sans PUI	Hotelia Lorca Pau	71	783,00	119,00	12,0%
640795514	7	TP sans PUI	maison de retraite RESIDENCE LES PINS	71	783,00	119,00	2,9%
640795837	5	TP sans PUI	Beau Manoir	60	781,00	124,00	0,3%
640795878	5	TP sans PUI	Antoine de Bourbon	80	544,00	123,00	0,7%
640795977	5	TP sans PUI	EHPAD EGOA BASSUSSARY	42	873,00	324,00	14,3%
640796025	3	TP sans PUI	Arribet	52	697,00	168,00	2,0%
640797007	3	TP sans PUI	Labourie - MR	15	248,00	135,00	47,5%
<b>Auvergne</b>				<b>929</b>			<b>21,9%</b>
<b>03 - Allier</b>				<b>0</b>			
<b>15 - Cantal</b>				<b>791</b>			<b>21,4%</b>
150780724	3	TP sans PUI	EHPAD P Valadou Le Rouget	74	697,50	159,00	8,4%
150780195	0	TP sans PUI	EHPAD sainte marie Aurillac	75	650,47	135,00	43,3%
150002467	3	TP sans PUI	EHPAD mallet Massiac	73	734,04	168,00	41,4%
150783702	3	TP sans PUI	EHPAD La sumène YDES	104	690,72	107,00	27,8%
150780526	2	TP sans PUI	EHPAD Pierrefort	65	606,32	168,00	21,8%
150780427	3	TP sans PUI	EHPAD Johannel Massiac	75	587,80	122,00	21,8%
150780369	2	TP sans PUI	EHPAD Limagne Aurillac	87	640,66	168,00	7,1%
150000446	3	TP sans PUI	EHPAD Saint joseph aurillac	82	547,31	112,00	23,2%
150002434	4	TP sans PUI	EHPAD la forêt Ytrac	81	747,38	155,00	22,3%
150781904	4	TP sans PUI	EHPAD l'Orée du bois Saignes	75	531,36	193,00	9,7%
<b>43 - Haute-Loire</b>				<b>138</b>			<b>24,2%</b>
430003608	3	TP avec PUI	BRIOUDE Résidences Saint-Dominique	138	650,00	168,00	24,2%
<b>63 - Puy-de-Dôme</b>			<b>Non Concerné</b>	<b>0</b>			
<b>Bourgogne</b>				<b>3 773</b>			<b>16,4%</b>
<b>21 - Côte-d'Or</b>				<b>1 519</b>			<b>20,2%</b>
210003349	0	TG sans PUI	EHPAD LES JARDINS D'OSIRIS A DAROIS	70	822,00	168,00	7,5%
210010724	5	TP sans PUI	EHPAD LES OPHELIADES A DIJON	80	705,00	125,00	22,2%
210010740	4	TP sans PUI	EHPAD VAL SULLY A SAINT APOLLINAIRE	20	788,00	187,00	25,8%
210780813	4	TP sans PUI	EHPAD SAINT FRANCOIS A DIJON	50	298,00	168,00	18,8%
			EHPAD CORDELIER A LABERGEMENT LES				
210780904	2	TP sans PUI	SEURRE	49	450,00	168,00	20,1%
210780938	2	TP sans PUI	EHPAD JEANNE PIERRETTE CARNOT A NOLAY	89	632,00	168,00	0,4%
210780953	2	TG sans PUI	MAISON DE RETRAITE DE SAINT JEAN DE LOSNE	132	662,00	102,00	32,8%
210983532	1	TG avec PUI	EHPAD CHU DE DIJON	280	802,00	220,00	22,5%
210983615	1	TG avec PUI	EHPAD HOPITAL DE BEAUNE	256	615,00	99,00	22,2%
210984407	1	TG avec PUI	EHPAD HOPITAL DE SAULIEU	67	566,00	123,00	3,6%
210984415	1	TP avec PUI	EHPAD HOPITAL DE NUITS SAINT GEORGES	124	666,00	168,00	28,8%
210985305	3	TP sans PUI	EHPAD LES OPHELIADES A BEAUNE	80	778,00	161,00	1,8%
			EHPAD LES ROCHES D'ORGERES A				
210985354	3	TP sans PUI	FLEUREY/UCHE	62	837,00	174,00	41,4%
210986188	3	TP sans PUI	EHPAD L'ETE INDIEN A DAIX	59	711,00	168,00	5,0%

210986600	5	TP sans PUI	EHPAD LA MAISON DE THERESE A AISEY SUR SEINE	23	840,00	255,00	5,9%
210986667	4	TP sans PUI	EHPAD LES DOMICILES PROTEGES DE LA FEDOSAD	30	881,00	125,00	79,5%
210986881	5	TG sans PUI	EHPAD LES JARDINS D'ASCLEPIOS A BELLENEUVE	48	821,00	128,00	3,0%
<b>58 - Nièvre</b>				<b>559</b>			<b>18,3%</b>
580000974	1	TP avec PUI	EHPAD EMILE CLERGET	80	558,00	168,00	23,9%
580970804	1	TP avec PUI	EHPAD du CENTRE HOSPITALIER de CLAMECY	160	587,00	93,50	31,4%
580971034	4	TG avec PUI	EHPAD Pougues Pignelin	179	558,00	168,00	16,0%
580971133	2	TP sans PUI	EHPAD DANIEL BENOIST	80	647,90	168,00	10,4%
580972529	2	TP sans PUI	EHPAD henri marsaudon	60	557,00	168,00	0,2%
<b>71 - Saône-et-Loire</b>				<b>908</b>			<b>16,3%</b>
710010117	5	TP sans PUI	MR LES OPALINES DIGOIN	39	869,00	261,00	1,2%
710780545	3	TP sans PUI	MR FSM MONTCEAU LES MINES	112	667,27	168,00	9,7%
710780974	1	TG avec PUI	EHPAD DU CH DE CHALON SUR SAONE	181	784,00	319,00	3,8%
710972472	1	TG sans PUI	MR HL MARCIGNY	77	774,00	169,00	1,7%
710972910	1	TP avec PUI	EHPAD MEDICO SOCIAL DU CH DE PARAY LE MONIAL	23	604,05	168,00	24,6%
710973025	1	TP avec PUI	EHPAD MEDICO SOCIAL HL DIGOIN	73	467,00	94,00	45,6%
710973645	1	TP avec PUI	EHPAD MEDICO SOCIAL DU CH DE MACON	259	590,55	168,00	47,1%
710974452	5	TP avec PUI	MR VILLA THALIA SAINT REMY	95	619,25	119,00	0,4%
710976507	4	TP sans PUI	MR BETHLEEM PARAY LE MONIAL	49	521,43	99,00	4,0%
<b>89 - Yonne</b>				<b>787</b>			<b>7,6%</b>
890000490	2	TP sans PUI	EHPAD Thizy	60	532,13	193,00	10,8%
890002090	2	TP sans PUI	EHPAD SAINT FLORENTIN	102	712,35	168,00	5,6%
890002157	2	TP sans PUI	EHPAD de l'isle sur Serein	75	519,00	238,00	19,6%
890002165	2	TP sans PUI	EHPAD de Noyers sur Serein	64	536,49	173,00	1,8%
890007883	2	TP sans PUI	EHPAD Colbert de seignelay	27	601,43	269,00	5,6%
890970577	2	TG avec PUI	EHPAD Sens Hôpital	240	698,41	153,00	3,6%
890971500	2	TG avec PUI	EHPAD avallon	80	856,30	251,00	9,9%
890971682	2	TP avec PUI	EHPAD Hôpital Villeneuve sur yonne	139	661,71	155,00	12,0%
<b>Bretagne</b>				<b>2 579</b>			<b>8,4%</b>
<b>22 - Côtes d'Armor</b>				<b>215</b>			<b>35,1%</b>
220004147	3	TP sans PUI	MR ST JOSEPH GOUAREC	155	722,00	83,00	25,2%
220014690	3	TP sans PUI	MR RESIDENCE DE L ABBAYE BEGARD	60	750,50	168,00	55,3%
<b>29 - Finistère</b>				<b>1 683</b>			<b>7,7%</b>
290002054	2	TP sans PUI	LES COLLINES BLEUES CHATEAULIN Maison de retraite Intercommunale des Abers -	165	727,00	168,00	8,3%
290002096	2	TP sans PUI	LANNILIS	291	669,00	168,00	12,5%
290002112	2	TP sans PUI	Maison de Retraite Alexis Julien - PLOUDALMEZEAU	160	656,00	168,00	3,0%
290002187	2	TP sans PUI	MR Pierre Goenvic - PLONEOUR LANVERN Maison de Retraite de l'Hôpital Local de SAINT-	96	709,00	180,00	15,2%
290004118	1	TP avec PUI	RENAN	144	643,00	168,00	2,5%
290007590	1	TP avec PUI	MR de l'Hôpital Local - LESNEVEN	260	734,00	168,00	4,2%
290008861	1	TG avec PUI	Résidence Delcourt Ponchelet - CHU de BREST	298	647,00	171,00	3,9%
290010503	3	TP sans PUI	Résidence Ker Gwenn - BREST	70	808,00	191,00	13,9%
290020312	2	TP sans PUI	YAN DARGENT PLEYBEN	71	786,00	197,00	0,7%
290021294	0	TP sans PUI	Kerazan CLEDEN	61	714,00	166,00	0,6%

290024959	7	TP sans PUI	Résidence Le Penty - LANNILIS	29	857,00	199,00	9,7%
290028448	0	TP sans PUI	Centre KUZH HEOL - BOURG BLANC	38	844,00	196,00	57,5%
<b>35 - Ille-et-Vilaine</b>				<b>576</b>			<b>1,9%</b>
350002366	2	TP sans PUI	MR LA BOUEXIERE	85	646,24	272,00	0,2%
350002382	2	TP sans PUI	RESIDENCE DE L'YZE CORPS NUDES	56	651,79	110,00	0,4%
350002408	2	TP sans PUI	MR MARCILLE ROBERT	85	637,70	146,00	0,9%
350005229	3	TP sans PUI	MR ST MALO - Notre dames des ChÃªnes	86	596,86	233,00	1,1%
350005419	3	TP sans PUI	MR CHATEAUBOURG	89	570,34	166,00	2,1%
350007092	0	TP sans PUI	FL Bruz	83	571,93	179,00	1,8%
350031043	2	TP sans PUI	FL LE TREHELU GUICHEN	64	670,75	141,00	3,7%
350042677	4	TP sans PUI	RESIDENCE KERELYS BETTON	28	843,33	137,00	11,7%
<b>56 - Morbihan</b>				<b>105</b>			<b>5,2%</b>
560002388	2	TP sans PUI	MR VILLAGE DU PORHOET ST JEAN BREVELAY	105	640,67	155,00	5,2%
<b>Centre</b>				<b>2 922</b>			<b>4,9%</b>
<b>18 - Cher</b>				<b>765</b>			<b>5,2%</b>
180000424	2	TP avec PUI	MAISON DE RETRAITE DEPARTEMENTALE BELLEVUE	572	666,00	168,00	4,2%
180004657	1	TG avec PUI	CH VIERZON MR	193	686,53	111,00	7,8%
<b>28 - Eure-et-Loir</b>				<b>262</b>			<b>4,4%</b>
280500117	1	TG avec PUI	LE PRIEURE CH DREUX	78	524,00	136,00	6,2%
280504960	3	TP sans PUI	mr Marcel gaujard	26	730,00	168,00	3,1%
280505306	5	TP sans PUI	DOMUS Vernouillet	80	718,00	168,00	5,2%
280505348	5	TP sans PUI	MR Les Temps Bleus	78	624,00	119,00	1,8%
<b>36 - Indre</b>				<b>531</b>			<b>3,1%</b>
360002141	3	TP sans PUI	EHPAD 'Le Castel' Sainte Sévère	79	650,00	160,00	4,2%
360002158	3	TP sans PUI	EHPAD 'La Charm�e' Châteauroux	81	637,00	113,00	0,5%
360003313	2	TP sans PUI	MAISON DE RETRAITE CLION	58	654,00	101,00	2,4%
360003321	3	TP sans PUI	Maison de Retraite Ecueill�e	65	744,00	168,00	1,7%
360003339	3	TP sans PUI	EHPAD 'Le Clos Saint Joseph' Argenton sur Creuse	103	633,00	73,00	1,6%
360003370	3	TP sans PUI	EHPAD 'Béthanie' Pellevoisin	70	582,00	99,00	4,2%
360004451	3	TP sans PUI	EHPAD 'Partage solidarité accueil' Issoudun	54	449,00	105,00	3,6%
360007009	2	TP sans PUI	MAISON DE RETRAITE ST JEAN	21	686,00	168,00	14,9%
<b>37 - Indre-et-Loire</b>				<b>1 029</b>			<b>5,3%</b>
370000671	1	TG avec PUI	EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE LUYNES	240	659,05	125,00	3,6%
370004285	1	TG avec PUI	EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER LOCHES	225	646,16	122,00	8,8%
370100166	1	TP sans PUI	EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER AMBOISE CHATEAU RENAULT	448	692,21	168,00	5,7%
370104713	3	TP sans PUI	EHPAD 'De Beaune' - BALLAN MIRE	116	741,00	184,00	0,5%
<b>41 - Loir-et-Cher</b>				<b>307</b>			<b>4,9%</b>
410000095	1	TG avec PUI	EHPAD _ CH DE VENDOME	307	748,00	168,00	4,9%
<b>45 - Loiret</b>				<b>28</b>			<b>16,2%</b>
450009691	3	TP sans PUI	MR LE RELAIS DE LA VALLEE SEICHEBRIERES	28	773,00	121,00	16,2%
<b>Champagne-Ardenne</b>				<b>2 922</b>			<b>16,3%</b>
<b>08 - Ardennes</b>				<b>1 305</b>			<b>18,8%</b>
80001571	1	TG avec PUI	MR HOSPITALIERES DE CHARLEVILLE MEZIERES	177	537,00	168,00	25,6%

80002017	2	TP sans PUI	MR DE FLAMANVILLE BAZEILLES MAISON DE RETRAITE LES VIGNES CHATEAU	40	701,00	168,00	7,2%
80002025	2	TP sans PUI	PORCIEN	102	654,00	168,00	19,8%
80002041	2	TP sans PUI	EHPAD de l'ABBAYE - Mouzon	78	579,00	168,00	6,3%
80002058	2	TP sans PUI	EHPAD de ROCROI	60	607,00	168,00	22,1%
80003304	3	TP sans PUI	MAISON DE RETRAITE MARIE BLAISE	63	680,00	168,00	8,7%
80003395	1	TP avec PUI	EHPAD de RETHEL	124	618,00	168,00	1,4%
80003718	0	TP sans PUI	EHPAD Leon BRACONNIER - REVIN	65	402,00	168,00	46,8%
80005705	0	TP sans PUI	EHPAD de CARRIGNAN - Croix Rouge Francaise	107	571,72	168,00	8,0%
80006067	1	TP avec PUI	MR DE VOUZIERES GHSA	105	624,48	168,00	26,2%
80006174	1	TG avec PUI	EHPAD DE FUMAY	62	666,00	168,00	35,4%
80006224	0	TP sans PUI	EHPAD Les Grandes Terres - Charleville Mézières	48	474,00	168,00	65,0%
80009370	4	TP sans PUI	MAPAD GIVET VAL DE MEUSE	60	622,00	168,00	17,8%
80020330	0	TP sans PUI	EHPAD ST BENOIT- DONCHERY	84	625,00	168,00	1,3%
80060180	3	TP sans PUI	EHPAD Le Pré du Sart	65	416,00	168,00	15,1%
80082040	0	TP sans PUI	EHPAD château marcadet	65	463,00	168,00	13,1%
<b>10 - Aube</b>			<b>Non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>51 - Marne</b>				<b>917</b>			<b>6,7%</b>
510000110	2	TP avec PUI	MAISON DE RETRAITE DE VERZENAY	100	649,00	102,00	1,5%
510004286	1	TP avec PUI	Maison de retraite du CHU de Reims	552	632,00	168,00	8,5%
510010226	1	TG avec PUI	MAISON DE RETRAITE CH VITRY LE FRANCOIS Maison de Retraite de l'Hôpital Local 'Rémi PETIT- LEMERCIER' MONTMIRAIL	140	668,00	144,00	4,0%
510010317	1	TG avec PUI		125	612,00	66,00	6,0%
<b>52 - Haute-Marne</b>				<b>700</b>			<b>24,6%</b>
520001868	1	TG avec PUI	Maison de retraite du CHHM de ST DIZIER	35	878,29	168,00	16,6%
520780412	4	TP sans PUI	EHPAD ARC EN BARROIS	79	649,00	131,00	6,1%
520780461	4	TP sans PUI	EHPAD DE SOMMEVOIRE	64	556,00	103,00	21,4%
520781527	1	TP avec PUI	MAISON DE RETRAITE LE CHENE SAINT DIZIER	90	576,00	168,00	22,0%
520781535	1	TP avec PUI	MAISON DE RETRAITE HL WASSY	160	640,22	168,00	34,1%
520781543	1	TP avec PUI	MAISON DE RETRAITE HL JOINVILLE	150	610,00	168,00	46,4%
520781584	1	TG avec PUI	MAISON DE RETRAITE CH CHAUMONT	80	749,00	168,00	7,2%
520783150	4	TP sans PUI	EHPAD DE BOURMONT	42	525,00	113,00	4,4%
<b>Corse</b>				<b>0</b>			
<b>2A - Corse-du-Sud</b>			<b>Non répondu</b>	<b>0</b>			
<b>2B - Haute-Corse</b>			<b>Non répondu</b>	<b>0</b>			
<b>Franche-Comté</b>				<b>1 412</b>			<b>21,7%</b>
<b>25 - Doubs</b>				<b>48</b>			<b>8,4%</b>
250002862	2	TP sans PUI	EHPAD FERNAND MICHAUD, LEVIER	48	767,08	168,00	8,4%
<b>39 - Jura</b>				<b>834</b>			<b>28,8%</b>
390780302	4	TP sans PUI	EHPAD MR SAINT JOSEPH DOLE	80	740,00	201,00	5,3%
390781177	1	TP avec PUI	EHPAD du CHI d' ORGELET	203	637,00	173,00	37,6%
390782241	1	TG avec PUI	EHPAD MR du CH de MOREZ	64	776,00	168,00	37,7%
390783942	1	TG avec PUI	EHPAD du CHS SAINT YLIE	135	733,00	213,00	1,1%
390784098	2	TP sans PUI	EHPAD de la MR de SAINT AMOUR	82	740,00	168,00	17,2%
390784114	1	TP avec PUI	EHPAD MR de HL de POLIGNY	130	634,00	110,00	86,0%
390784478	1	TG avec PUI	EHPAD MR de HL de NOZEROY EHPAD MR' PARC DES SALINES ' LONS LE SAUNIER	39	784,00	141,00	39,9%
390786176	5	TP sans PUI		69	719,00	147,00	28,0%

390786465	5	TP sans PUI	EHPAD MR ' l'éclaircie' EQUEVILLON	32	741,00	206,00	10,0%
<b>70 - Haute-Saône</b>				<b>530</b>			<b>12,0%</b>
700780257	2	TP sans PUI	MR ALFRED DORNIER DAMPIERRE SUR SALON	99	710,44	168,00	4,9%
700780273	2	TP sans PUI	EHPAD ST JOSEPH à SCEY SUR SAONE	64	653,81	144,00	3,5%
700781875	3	TP sans PUI	EHPAD 'COURNOT CHANGEY' à GRAY	68	736,62	136,00	0,7%
700783335	1	TG avec PUI	EHPAD annexé au centre hospitalier intercommunal de Haute-Saône	219	715,00	146,00	22,9%
700784788	3	TG avec PUI	EHPAD CHANTEFONTAINE JUSSEY	80	700,50	180,00	1,2%
<b>90 - Territoire-de-Belfort</b>			<b>Non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>Ile-de-France</b>				<b>9 065</b>			<b>20,3%</b>
<b>75 - Paris</b>				<b>2 810</b>			<b>24,9%</b>
20004101	2	TP sans PUI	Résidence santé François 1er	91	775,00	195,00	5,0%
750012510	2	TP avec PUI	Résidence santé Anselme Payen	181	667,21	168,00	10,6%
750016958	0	TP sans PUI	Résidence Source D'auteuil	119	735,00	196,00	29,0%
750021123	2	TP sans PUI	Résidence santé Julie Siegfried	142	695,00	217,00	42,4%
750021479	0	TP sans PUI	Résidence Hérold	100	675,46	168,00	64,8%
750041030	5	TP sans PUI	Trèfle Bleu Cardinet	24	622,22	236,00	4,7%
750041634	4	TP sans PUI	ACPPA Péan	100	704,00	168,00	0,7%
750041790	4	TP avec PUI	Résidence Amaraggi	84	576,00	168,00	0,2%
750300717	5	TP sans PUI	Résidence Orpéa Chaillot	28	675,00	180,00	0,1%
750721573	2	TP sans PUI	Résidence santé Belleville	87	627,88	168,00	32,5%
750800526	3	TP sans PUI	MR Protestante de la Mulette	88	719,00	179,00	7,2%
750800567	3	TP sans PUI	MR Sainte Monique	89	753,00	248,00	10,5%
750800666	4	TP sans PUI	Foyer des Israélites réfugiés	37	790,00	168,00	9,9%
750803009	3	TP sans PUI	MR Marie Thérèse	111	755,00	207,00	13,5%
750814949	3	TP sans PUI	Résidence les Airelles	118	699,02	217,34	15,1%
750823965	2	TP sans PUI	Résidence santé Jardins des plantes	330	750,00	192,00	44,8%
750831208	2	TP sans PUI	Résidence santé Furtado Heine	280	693,15	189,00	61,6%
750832578	2	TP sans PUI	Résidence santé Oasis	123	394,74	168,00	42,2%
920718350	2	TP avec PUI	Résidence Santé Galignani	118	786,76	215,00	17,5%
940712119	2	TP sans PUI	Résidence santé Harmonie	142	770,00	232,00	59,7%
940803356	2	TP avec PUI	Résidence santé Cousin de Méricourt	330	778,00	193,00	26,7%
950801407	2	TP avec PUI	Résidence Santé Sarcelles village (cèdre bleu)	88	715,00	168,00	10,4%
<b>77 - Seine-et-Marne</b>				<b>2 148</b>			<b>20,5%</b>
770000206	2	TP sans PUI	Arthur Vernes	48	735,00	168,00	33,5%
770003382	2	TP sans PUI	Ehpad public Mormant	54	767,00	168,00	1,5%
770015410	1	TG avec PUI	CH Léon Binet	190	741,00	151,00	16,9%
770700938	3	TP sans PUI	Saint Séverin à château Landon	90	667,00	168,00	11,7%
770700979	3	TP sans PUI	Mathurin Fouquet	72	522,00	168,00	18,5%
770701019	2	TP sans PUI	Le Fil D'argent	90	730,00	168,00	1,5%
770701050	2	TP sans PUI	EHPAD Public Crecy la chapelle	63	665,00	168,00	0,4%
770701092	4	TP sans PUI	EHPAD public Dormelles	52	707,00	168,00	1,9%
770701100	2	TP sans PUI	Les Patios	89	738,00	168,00	13,0%
770701118	2	TP sans PUI	Les jardins de Voulzie	90	633,00	168,00	16,5%
770707084	2	TP sans PUI	EHPAD public Donnemarie Dontilly	71	709,00	168,00	31,8%
770802072	5	TP sans PUI	Les Fontaines et les Vignes	185	791,00	168,00	23,5%
770802635	4	TP sans PUI	Le Manoir de Chelles	85	784,00	194,00	21,0%

770803377	3	TP sans PUI	La Forestière	62	677,00	168,00	2,1%
770803427	3	TP sans PUI	Le Château des Cèdres	108	628,00	168,00	5,0%
770803476	5	TP sans PUI	Résidence les Tournesols	62	714,00	168,00	20,2%
770808632	1	TG avec PUI	MRH Fontainebleau	240	723,00	168,00	21,7%
770811545	5	TP sans PUI	Mélod'hier	82	665,00	168,00	24,2%
770811784	1	TP sans PUI	HL Tourmant en brie	122	692,00	168,00	10,2%
770813947	6	TG sans PUI	Eleusis St thibalt des vignes	90	833,00	168,00	31,6%
770814960	1	TG avec PUI	CH Lagny	50	816,00	168,00	66,6%
775803575	3	TP sans PUI	Les Augustines	153	462,00	147,00	57,4%
<b>78</b>	-			<b>418</b>			<b>6,5%</b>
<b>Yvelines</b>							
780000204	5	TP sans PUI	La villa D'Epidaure	87	830,38	220,00	3,0%
780700688	2	TP sans PUI	La fondation lépine providence	150	705,64	127,00	12,4%
780700761	2	TG sans PUI	Les tilleuls	60	709,15	245,00	4,1%
780701066	2	TP sans PUI	Ablis	45	694,22	168,00	5,3%
780810123	3	TG avec PUI	Denis forestier	76	607,70	168,00	4,5%
<b>91</b>	-			<b>682</b>			<b>15,7%</b>
<b>Essonne</b>							
910040054	1	TG avec PUI	EHPAD du Centre Hospitalier de Dourdan	90	621,00	168,00	9,5%
910700236	2	TP sans PUI	EHPAD FILE ETOUPE	94	669,00	168,00	8,9%
910700244	2	TP sans PUI	EHPAD HAUTEFEUILLE	62	686,00	168,00	29,9%
910700293	2	TP sans PUI	EHPAD LA PIE VOLEUSE	81	678,00	168,00	21,5%
910700327	2	TP sans PUI	EHPAD LEON MAUGE	86	729,00	168,00	12,2%
910700418	5	TP sans PUI	EHPAD BELLEVUE	63	718,00	109,00	2,5%
910800945	1	TG avec PUI	EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER D ARPAJON	122	588,00	168,00	14,7%
910814649	2	TP sans PUI	EHPAD LE MANOIR	84	787,00	168,00	28,8%
<b>92 - Hauts-de-Seine</b>				<b>192</b>			<b>23,1%</b>
920804077	1	TP avec PUI	EHPAD jean Rostand	84	785,00	168,00	34,2%
920710746	1	TP avec PUI	EHPAD Ielegard	108	701,00	168,00	13,8%
<b>93 - Seine-Saint-Denis</b>				<b>725</b>			<b>14,0%</b>
930018932	5	TP sans PUI	EHPAD 'Les Jardins d'Epina y'	82	710,49	118,00	6,0%
930420013	0	TP sans PUI	EHPAD L OASIS NEUILLY MARNE	23	799,57	150,00	32,1%
930460068	2	TP sans PUI	EHPAD G MONMOUSSEAU LE BLANC MESNIL	80	733,88	194,00	20,9%
930460084	2	TP sans PUI	Centre de Gérontologie Constance Mazier	105	747,11	168,00	5,7%
930700265	2	TP sans PUI	AUBERVILLIERS	80	698,73	168,00	28,5%
930702089	2	TP sans PUI	EHPAD 'Lumières d'automne'	280	757,00	168,00	12,5%
930817531	3	TP sans PUI	MR PUBLIC LA SEIGNEURIE PANTIN	75	736,89	109,00	10,3%
930817531	3	TP sans PUI	EHPAD LE PARC	75	736,89	109,00	10,3%
<b>94 - Val-de-Marne</b>				<b>699</b>			<b>18,1%</b>
940808546	2	TP avec PUI	Abbaye bords de marne	319	673,00	202,00	26,8%
940807795	3	TP avec PUI	le soleil d'automne	60	693,00	168,00	39,4%
940802648	3	TP sans PUI	Val de Marnaises	342	624,00	168,00	7,4%
940002264	3	TP sans PUI	Les lilas	68	739,00	251,00	6,5%
940714660	2	TP sans PUI	fondation gourlet bontemps	79	607,00	134,00	28,0%
940806045	4	TP sans PUI	la maison nationale des artistes	75	608,00	202,00	6,6%
940017627	0	TP sans PUI	Claude Kelman	75	780,00	139,00	20,6%
<b>95 - Val-d'Oise</b>				<b>1 391</b>			<b>22,0%</b>
950002030	3	TP sans PUI	EHPAD SAINTE GENEVIEVE	100	710,00	97,00	13,3%

950110064	1	TG avec PUI	EHPAD CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN	130	662,00	167,00	46,0%
950130021	2	TP sans PUI	EHPAD MAISON DE RETRAITE PUBLIQUE DE LUZARCHES	76	714,00	168,00	16,8%
950460022	3	TP sans PUI	EHPAD 'Montjoie' - 12 avenue Charles de Gaulle - Montmorency	56	532,00	168,00	13,3%
950780312	3	TP sans PUI	EHPAD AUBERT BOTTARD	90	699,00	153,00	0,7%
950780353	2	TP sans PUI	EHPAD LES ARTISANS	71	703,00	158,00	19,7%
950781500	2	TP sans PUI	EHPAD JACQUES ACHARD	80	687,00	116,00	18,0%
950781690	2	TP sans PUI	EHPAD 'La Rue Aux Fées' 3 rue Kleinpeter - 95270 Viarmes	60	782,00	187,00	41,6%
950783431	3	TP sans PUI	EHPAD 'Louis Grassi' 25 rue Pierre Brossolette - 95590 Presles	82	717,00	167,00	0,7%
950800227	5	TP sans PUI	EHPAD LE CASTEL 8, QUINTO GRANDE RUE 95370 MONTIGNY LES CORMEILLES	30	718,00	168,00	2,4%
950800243	3	TP sans PUI	EHPAD 'Le Parc Fleuri' 60 Square des Sports - 95500 Gonesse	88	611,00	51,00	8,2%
950801449	1	TG avec PUI	EHPAD RESIDENCE SAINT LAURENT	178	774,00	168,00	24,2%
950801621	1	TG avec PUI	EHPAD SAINT LOUIS 6 AV DE L ILE DE FRANCE 95301 PONTOISE CEDEX	205	780,00	134,00	26,4%
950805986	2	TP sans PUI	JULES FOSSIER	80	737,00	168,00	33,7%
950807172	5	TP sans PUI	EHPAD 'La Châtaigneraie' 1 rue de Franconville - 95240 Cormeilles en Parisis	65	696,00	136,00	1,9%
<b>Languedoc-Roussillon</b>				<b>1 261</b>			<b>13,6%</b>
<b>11 - Aude</b>				<b>396</b>			<b>12,7%</b>
110780723	1	TP sans PUI	MR HL Chalabre	34	505,00	168,00	14,9%
110780731	2	TP sans PUI	EHPAD Espérasa Fondation Gaudissard	73	669,58	168,00	4,6%
110780749	2	TP sans PUI	EHPAD jean Loubès Fanjeaux	27	718,15	168,00	19,9%
110782869	3	TG avec PUI	EHPAD Couiza-Nostre Castel	32	703,75	212,00	1,0%
110787777	5	TP sans PUI	EHPAD Saint Marcel d'Aude- Lo Portanel	40	707,00	146,00	20,0%
110788817	1	TG avec PUI	Centre de séjour du pont vieux CH Carcassonne	190	873,37	303,00	14,3%
<b>30 - Gard</b>				<b>607</b>			<b>10,9%</b>
300781457	3	TP sans PUI	fondation Rollin Anduze	98	703,00	168,00	2,4%
300781044	3	TP sans PUI	Maison de secours Besseges	116	740,00	168,00	2,5%
300783883	2	TP sans PUI	L'oustaou Le Vigan	56	651,00	168,00	0,4%
300007739	0	TP sans PUI	Le mas des oliviers Ledignan	22	726,00	168,00	30,6%
300785045	1	TG avec PUI	EHPAD CHU de Nîmes	185	655,00	250,00	21,9%
300781184	4	TP sans PUI	MR Publique St Ambroix	130	658,00	168,00	0,7%
<b>34 - Hérault</b>				<b>258</b>			<b>22,9%</b>
340008788	1	TG avec PUI	EHPAD du CHIBT l'Estagnol VIAS	60	572,00	58,00	80,4%
340781442	1	TG avec PUI	EHPAD du CHIBT Claude Goudet MARSEILLAN	62	543,00	126,00	11,5%
340782655	1	TG avec PUI	EHPAD du CH de Béziers Saint Jacques	68	498,00	116,00	1,8%
340788660	1	TG avec PUI	EHPAD MR HOPITAL LOCAL DE LODEVE	68	460,00	229,00	12,8%
<b>48 - Lozère</b>			<b>Non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>66 - Pyrénées-Orientales</b>			<b>Non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>Limousin</b>				<b>1 895</b>			<b>6,9%</b>
<b>19 - Corrèze</b>				<b>394</b>			<b>8,4%</b>
190001842	0	TP sans PUI	EHPAD d'Argentat - Etablissement public autonome	146	555,14	105,00	15,0%
190002964	0	TP sans PUI	EHPAD DE LUBERSAC - public autonome	61	632,65	145,00	4,4%
190003673	0	TP sans PUI	EHPAD de Chamberet - privé non lucratif	82	628,72	114,00	6,0%

190003764	0	TP sans PUI	EHPAD de Marcillac la Croisille	34	578,82	132,00	6,3%
190003806	0	TP sans PUI	Résidence Pré du Puy - EHPAD à Lagraulière - CCAS	22	485,65	68,00	1,0%
190005926	0	TP sans PUI	EHPAD DE CHABRIGNAC - établissement territorial	49	617,55	98,00	3,6%
<b>23 - Creuse</b>				<b>706</b>			<b>8,2%</b>
230000069	3	TP sans PUI	EHPAD BONNAT	80	567,67	115,00	1,0%
230000523	2	TP sans PUI	EHPAD LA CHAPELLE TAILLEFERT	68	687,06	141,00	7,4%
230001331	3	TP sans PUI	EHPAD LE MONTEIL AU VICOMTE	20	560,17	168,00	39,3%
230780322	2	TP sans PUI	EHPAD ROYERE DE VASSIVIERE	80	704,67	127,00	12,9%
230781272	2	TP sans PUI	EHPAD 'Le chant des rivières' de CHAMBON SUR VOUEIZE	82	711,00	141,00	11,6%
230781627	2	TP avec PUI	EHPAD BOUSSAC	80	665,78	98,00	11,4%
230781916	2	TG avec PUI	EHPAD PUBLIC D'AJAIN	211	764,12	143,00	2,0%
230782674	1	TG avec PUI	EHPAD DE SAINTE FEYRE ANNEXE D UN ES	45	721,79	190,76	20,9%
230782898	1	TG avec PUI	EHPAD DE ST VAURY ANNEXE D UN EPS	40	798,08	237,00	9,4%
<b>87 - Haute-Vienne</b>				<b>795</b>			<b>5,0%</b>
870003738	2	TP avec PUI	EHPAD RESIDENCE LA PELAUDINE A EYMOUTIERS	80	661,00	227,00	1,6%
870003746	2	TP avec PUI	EHPAD D AMBAZAC	127	612,00	176,00	7,6%
870003787	2	TP sans PUI	EHPAD RESIDENCE LE NID A CHALUS	123	641,00	157,00	1,2%
870005972	2	TP sans PUI	EHPAD DE PIERRE BUFFIERE	60	711,00	128,00	4,2%
870006004	2	TP sans PUI	EHPAD JOSEPH DE LEOBARDY A LIMOGES	80	705,00	132,00	1,3%
870006277	2	TP sans PUI	EHPAD DE NEXON	60	594,00	169,00	0,9%
870006913	2	TP sans PUI	EHPAD DE BESSINES SUR GARTEMPE	60	682,00	136,00	6,1%
870006921	2	TP sans PUI	EHPAD DE NIEUL	62	606,00	135,00	15,8%
870007663	2	TP sans PUI	EHPAD DU PALAIS SUR VIENNE	80	661,00	180,00	0,0%
870009222	2	TP sans PUI	EHPAD DE SAINT GERMAIN LES BELLES	63	615,00	125,00	18,4%
<b>Lorraine</b>				<b>1 705</b>			<b>9,3%</b>
<b>54 - Meurthe-et-Moselle</b>				<b>422</b>			<b>17,8%</b>
540002466	2	TP sans PUI	MR ROSIERES AUX SALINES	120	631,00	169,00	24,3%
540002573	2	TP sans PUI	MR SOEUR JULIE GERBEVILLER	99	592,00	127,00	14,8%
540002615	2	TP sans PUI	MR ST DOMINIQUE MARS LA TOUR	55	703,00	114,00	20,2%
540003134	4	TP sans PUI	MR BAYON	148	623,00	142,00	13,1%
<b>55 - Meuse</b>				<b>194</b>			<b>4,4%</b>
550002224	2	TP sans PUI	EHPAD ETAIN	75	654,00	81,00	4,6%
550002273	2	TP sans PUI	EHPAD VARENNES	79	629,00	79,00	6,6%
550005250	3	TG sans PUI	EHPAD HANNONVILLE	40	689,00	287,00	2,3%
<b>57 - Moselle</b>				<b>1 089</b>			<b>6,8%</b>
570001106	2	TP sans PUI	MR 'Ste Marie' à VIC SUR SEILLE et son annexe 'Résidence Ravida Brice' à HABOUDANGE	109	580,57	168,00	1,4%
570001107	3	TP sans PUI	EHPAD 'La Vacquinière' à MONTIGNY LES METZ	76	489,00	200,00	5,1%
570002089	2	TP sans PUI	MR ST PAULIN A ST EPVRE	51	628,00	168,00	5,9%
570002600	3	TP sans PUI	EHPAD 'St Dominique' à METZ	80	612,00	97,00	2,4%
570004028	2	TP sans PUI	MR 'Ste Anne' à ALBESTROFF	60	521,69	168,00	15,0%
570004283	1	TG avec PUI	MR BAUER A FORBACH	50	410,64	168,00	7,4%
570004382	3	TP sans PUI	MR STE MARIE A SARREGUEMINES	96	641,00	168,00	7,6%
570010181	0	TP sans PUI	MR LE CLOS FLEURI A FAMECK	87	412,86	124,00	27,6%
570011700	3	TP sans PUI	EHPAD 'St Joseph' à RUSTROFF	41	603,25	129,00	8,2%
570012724	3	TP sans PUI	EHPAD 'Pierre Mendès France' à MOYEUVRE GRANDE	63	505,00	152,00	4,8%

570012732	2	TP sans PUI	EHPAD'Le Val Fleuri'à FENETRANGE	60	536,00	187,00	1,9%
570012781	3	TP sans PUI	EHPAD 'Atre du Val de fensch' à FONTOY	43	676,00	128,00	5,9%
570013078	3	TP sans PUI	EHPAD 'Les Charmes' à MORHANGE	67	454,00	123,00	1,5%
570014209	3	TP sans PUI	EHPAD 'Le Castel' à NILVANGE	24	508,00	211,00	7,1%
570014712	3	TP sans PUI	EHPAD 'Les Glycines' à GUENANGE	63	513,00	138,00	5,4%
570014837	3	TP sans PUI	EHPAD 'La Résidence d'Automne' à CATTENOM	65	426,77	121,00	3,5%
570015297	3	TP sans PUI	EHPAD Les Acacias DELME	54	634,08	138,00	7,7%
<b>88 - Vosges</b>			<b>Non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>Midi-Pyrénées</b>				<b>3 741</b>			<b>6,8%</b>
<b>09 - Ariège</b>				<b>336</b>			<b>4,6%</b>
90780131	2	TP sans PUI	EHPAD MIREPOIX	72	783,06	140,00	0,9%
90781543	1	TP avec PUI	EHPAD LAVELANET CT ET AVENANT	123	715,80	168,00	7,2%
90782343	0	TP avec PUI	EHPAD TARASCON	141	725,00	168,00	4,1%
<b>12 - Aveyron</b>			<b>Non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>31 - Haute-Garonne</b>				<b>956</b>			<b>5,2%</b>
310019120	5	TP sans PUI	EHPAD Paul et Lisa à LAUNAGUET	80	829,11	210,00	0,4%
310020060	5	TP sans PUI	Les Serpolets à CEPET	34	794,00	169,00	2,0%
310782198	2	TP sans PUI	EHPAD LE REPOS A TOULOUSE	88	752,00	155,00	5,6%
310784251	5	TP sans PUI	EHPAD Belles Rives à AUTERIVE	90	689,17	110,00	1,6%
310784327	3	TP sans PUI	EHPAD Occitanie à Plaisance du Touch	95	686,00	97,00	3,0%
310785399	2	TP sans PUI	EHPAD LES FONTAINES A TOULOUSE	85	810,00	201,00	2,8%
310788021	1	TP avec PUI	Gabriel Rouy à BAGNERES DE LUCHON	48	678,47	120,00	1,0%
310788575	2	TP sans PUI	CENTRE TOULOUSAIN DES MAISONS DE RETRAITE A TOLOUSE	166	656,00	169,00	16,4%
310791405	6	TP sans PUI	EHPAD Maisonneuve à Villefranche de Lauragais	95	817,00	168,00	4,4%
310792015	3	TP sans PUI	LES TILLEULS A TOULOUSE	80	714,00	168,00	8,1%
310792155	3	TP sans PUI	L'Acacia à NAILLOUX	95	808,00	205,00	0,7%
<b>32 - Gers</b>				<b>325</b>			<b>9,1%</b>
320003254	5	TP sans PUI	EHPAD alliance	84	821,00	206,00	9,0%
320778291	1	TG avec PUI	EHPAD CH Condom	60	603,00	64,00	15,6%
320782758	1	TP avec PUI	EHPAD Lebochage Aimé Mauco	130	532,00	88,00	5,9%
320783194	1	TP avec PUI	EHPAD HL Vic	51	676,00	106,00	7,2%
<b>46 - Lot</b>				<b>292</b>			<b>3,0%</b>
460780299	2	TP sans PUI	E H P A D DE MARTEL	103	705,00	129,00	2,4%
460780315	2	TP sans PUI	EHPAD DE PRAYSSAC	60	709,00	120,00	0,4%
460785926	4	TP sans PUI	E H P A D ORCONO A CAZALS	40	596,00	121,00	15,8%
460786046	3	TP sans PUI	EHPAD ORPEA CAHORS	89	717,00	145,00	0,5%
<b>65 - Hautes-Pyrénées</b>				<b>554</b>			<b>3,2%</b>
650001571	5	TP sans PUI	Résidence la Pastourelle	85	620,39	171,00	3,1%
650005036	5	TP sans PUI	EHPAD Doyenné du Carmel	93	629,33	162,00	3,1%
650783756	3	TP sans PUI	EHPAD St Joseph Castelnau Magnoac	75	631,35	173,00	3,5%
650783798	3	TP sans PUI	EHPAD St Joseph Ossun	90	684,27	190,00	1,1%
650786064	7	TP sans PUI	Résidence du Val de l'Ourse	76	632,99	180,00	0,1%
650788805	3	TP sans PUI	Résidence Mutualiste la Pyrénéenne	75	620,93	169,00	5,4%
650789126	3	TP sans PUI	FOYER LE PETIT JER LOURDES	60	598,62	157,00	7,9%
<b>81 - Tarn</b>				<b>573</b>			<b>1,4%</b>
81000364	3	TP sans PUI	EHPAD Maison du Parc à ALBI	106	652,61	131,00	0,9%
810003632	4	TP sans PUI	EHPAD 'Résidence du Parc' à Saint-Amans-Soult	84	568,00	129,00	2,4%
810003889	4	TP sans PUI	EHPAD 'Les Quiétudes' à Lautrec	77	734,75	131,00	0,2%

810009613	4	TP sans PUI	EHPAD 'Résidence La Grèze' à Montdragon	48	646,00	173,00	1,2%
810101089	3	TP sans PUI	EHPAD 'Les Mimosas' à Albi	89	593,00	149,00	0,1%
810101386	5	TP sans PUI	EHPAD 'Résidence Retraite Lagrange' à Lisle s/ Tarn	75	823,00	146,00	1,3%
810102160	3	TP sans PUI	EHPAD 'Le Grand Champ' à Lagrave	94	728,00	173,00	3,4%
<b>82 - Tarn-et-Garonne</b>				<b>705</b>			<b>18,0%</b>
820000115	3	TP sans PUI	maison de retraite de Lavit	100	702,00	100,00	11,6%
820000222	4	TP sans PUI	MR MONTECH	140	628,00	178,00	2,7%
820000354	2	TP sans PUI	MR VERDUN GARONNE	97	729,00	168,00	1,7%
820004083	1	TP avec PUI	EHPAD HOP NEGREPELISSE	113	617,00	168,00	14,6%
820004422	1	TP sans PUI	EHPAD HOP VALENCE D AGEN	112	743,00	168,00	21,0%
820005064	1	TP sans PUI	EHPAD HL de Caussade	143	712,00	134,00	49,9%
<b>Nord-Pas-de-Calais</b>				<b>2 489</b>			<b>12,0%</b>
<b>59 - Nord</b>				<b>1 688</b>			<b>5,2%</b>
590033957	3	TP sans PUI	TOURCOING LES ORCHIDEES	80	597,00	85,00	1,3%
590781902	1	TG avec PUI	MR CH TOURCOING MAHAUT DE GUISNES, ISABEAU DU BOSQUEL LA CHAPELLE D ARMENTIERES HENRI	234	612,50	168,00	4,2%
590782769	2	TP sans PUI	BOUCHERY	60	643,00	123,00	6,9%
590783254	2	TP sans PUI	ANZIN DOUX SEJOUR	46	679,00	154,00	1,0%
590783395	2	TP sans PUI	ESQUELBECQ VAL D YSER	40	733,00	145,00	2,0%
590783551	2	TP sans PUI	SAINGHIN EN WEPPE RESIDENCE DE LA VIGNE	49	727,00	136,00	3,4%
590783577	1	TG avec PUI	SOLESMES SOLEIL D AUTOMNE	48	756,00	168,00	2,7%
590787255	4	TP sans PUI	CAMBRAI SAINT JEAN MARIE VIANNEY	35	528,00	185,00	5,2%
590788352	3	TP sans PUI	SAINTE ANDRE LE CLOS FLEURI	68	685,00	281,00	0,2%
590788444	3	TP sans PUI	WATTEN SAINT HILAIRE	53	605,00	114,00	0,4%
590788493	2	TP sans PUI	SAINTE SAULVE MERICI	58	561,00	109,00	0,8%
590788857	1	TG avec PUI	ROUBAIX MRCH	80	457,24	168,00	14,1%
590790002	4	TP sans PUI	HAUBOURDIN LE BOSQUET	88	435,00	135,00	0,7%
590799722	3	TP sans PUI	LES MAISONS BLEUES ROUBAIX	234	444,27	112,33	18,0%
590801619	1	TG avec PUI	CAUDRY LEONCE BAJART MRCH	147	753,00	144,00	4,6%
590801627	2	TP sans PUI	BERGUES SAINT JEAN	150	679,00	185,00	3,9%
590812673	1	TG avec PUI	DOUAI MRCH	71	608,00	228,00	10,8%
590813457	3	TP sans PUI	ECAILLON LE CHATEAU	73	711,00	249,00	0,2%
590815866	5	TP sans PUI	NEUVILLE SAINT REMY REIDENCE D AUTOMNE	74	718,00	218,00	0,1%
<b>62 - Pas-de-Calais</b>				<b>801</b>			<b>26,0%</b>
620000489	2	TP sans PUI	EHPAD DE SAINT VENANT	127	647,00	89,00	0,4%
620004697	0	TP avec PUI	EHPAD LES MARRONNIERS BULLY LES MINES	48	873,00	260,00	122,0%
620100867	0	TP sans PUI	EHPAD Saint Benoit Amettes	30	559,00	150,00	7,2%
620101873	2	TP sans PUI	EHPAD Aubigny en Artois	54	687,00	120,00	0,5%
620101964	2	TP sans PUI	EHPAD Croisilles	87	722,00	159,00	1,0%
620111013	1	TG avec PUI	EHPAD DE CARVIN	80	907,00	267,00	8,4%
620111161	1	TP avec PUI	EHPAD CH BAPAUME	83	553,00	168,00	8,7%
620111179	2	TP avec PUI	EHPAD SANITAIRE DE BAPAUME	80	708,00	168,00	73,4%
620114728	1	TP avec PUI	EHPAD DE CAMIERS	56	587,00	168,00	9,1%
620118208	4	TP sans PUI	EHPAD LA BELLE EPOQUE ARRAS	26	544,00	97,00	3,2%
620118505	1	TP sans PUI	EHPAD LES 5 SAISONS HENIN BEAUMONT	130	598,00	168,00	34,7%
<b>Basse-Normandie</b>				<b>150</b>			<b>16,6%</b>
<b>14</b>	-			<b>266</b>			<b>25,2%</b>

<b>Calvados</b>							
140002122	2	TP sans PUI	Saint Vincent de Paul Troarn	56	523,00	197,00	1,0%
140013806	1	TG avec PUI	EHPAD CH Lisieux	210	606,00	168,00	29,8%
<b>50 - Manche</b>				<b>150</b>			<b>3,2%</b>
500012232	1	TG avec PUI	EHPAD de périers	150	698,00	158,00	3,2%
<b>61 - Orne</b>			<b>Non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>Haute-Normandie</b>				<b>914</b>			<b>8,3%</b>
<b>27 - Eure</b>				<b>156</b>			<b>4,2%</b>
270008634	1	TG avec PUI	MR SAINT MICHEL CHI EURE SEINE	156	767,00	216,00	4,2%
<b>76 - Seine-Maritime</b>				<b>758</b>			<b>9,4%</b>
760782284	2	TP sans PUI	EHPAD BOUIC MANOURY FAUVILLE EN CAUX	100	714,00	163,00	24,6%
760803023	1	TG avec PUI	EHPAD CH BOIS PETIT SOTTEVILLE LES ROUEN	212	814,00	253,00	2,7%
760803031	1	TG avec PUI	EHPAD CH CAUDEBEC-LES-ELBEUF	240	776,00	91,00	10,0%
760809218	1	TG avec PUI	EHPAD CH NEUFCHATEL EN BRAY	187	692,00	107,00	11,0%
760918219	5	TP sans PUI	EHPAD BEREKIA A FOUCART	19	721,00	154,00	32,9%
<b>Pays de la Loire</b>				<b>6 181</b>			<b>13,2%</b>
<b>44 - Loire-Atlantique</b>				<b>1 380</b>			<b>1,7%</b>
440001862	3	TP sans PUI	MUTUALITE RETRAITE	764	432,17	115,44	1,0%
440002731	4	TP sans PUI	TEILLE LA SAINTE FAMILLE	88	557,79	98,00	1,1%
440003002	3	TP sans PUI	LE PELLERIN - Simon Ringear	80	481,00	128,00	1,0%
440003215	3	TP sans PUI	TRIGNAC-Camille Claudel	64	582,46	127,00	1,3%
440003549	3	TP sans PUI	FAY DE BRETAGNE Rés St JOSEPH	66	508,00	126,00	2,2%
440025948	5	TP sans PUI	LE POULIGUEN- Les jardins de l'Atlantique	89	708,00	132,00	0,3%
440028827	4	TG sans PUI	Hôpital Local Donges (MR)	80	775,11	109,00	8,4%
440028934	3	TP sans PUI	ROUGE VAL DE BRUTZ	64	715,00	132,00	0,4%
440041200	5	TP sans PUI	LA BAULE - le Doyenné des Corallines	85	612,47	125,00	0,4%
<b>49 - Maine-et-Loire</b>				<b>2 517</b>			<b>9,6%</b>
490000858	2	TP sans PUI	Maison de retraite à Maulévrier	70	693,00	153,00	12,5%
490000866	2	TP sans PUI	MR LES FONTAINES A CHATEAUNEUF SUR SARTHE	76	725,00	174,00	9,3%
490002086	4	TP sans PUI	Maison de retraite Yvon Couet à BECON LES GRANITS	57	734,00	158,00	17,6%
490002151	2	TP sans PUI	MR BELLES RIVES A ECOUFLANT	40	588,00	99,00	45,1%
490002169	2	TP sans PUI	Maison de retraite de Feneu	70	602,00	108,00	5,1%
490002219	4	TP sans PUI	Maison de retraite de Marans	40	573,00	168,00	1,0%
490002276	2	TP sans PUI	MR DE MORANNES	92	646,00	146,00	15,6%
490002292	2	TP sans PUI	MR LES CORDELIERES LES PONTS DE CE	142	625,00	168,00	3,8%
490002300	2	TP sans PUI	Maison de retraite Landeronde à La Possonnière	46	684,00	137,00	2,8%
490002342	2	TP sans PUI	Maison de retraite Les Sources à St Germain sur Moine	62	754,00	182,00	6,0%
490002359	4	TP sans PUI	Maison de retraite 'Les Charmes' à St Martin du Bois	42	544,00	168,00	10,8%
490002375	4	TP sans PUI	Maison de retraite Emile Duboys d'Angers à Savennières	41	639,00	95,00	5,9%
490002532	4	TP sans PUI	Maison de retraite Le Coteau au Fület	71	549,00	96,00	20,0%
490002748	3	TP sans PUI	Maison de retraite La Roseraie à Gesté	68	600,00	133,00	8,1%
490002938	4	TP sans PUI	Maison de retraite de St Macaire en Mauges	81	646,00	119,00	1,9%

490002961	4	TG sans PUI	Maison de retraite Les couleurs du Temps à VillevÃªque	60	600,00	101,00	17,0%
490003027	4	TP sans PUI	Maison de retraite Les Acacias à Champigné	66	675,00	123,00	8,3%
490003647	5	TG sans PUI	Maison de retraite Les Jardins d'Asclépios à ANDARD	48	828,00	168,00	3,8%
490007556	4	TP sans PUI	Maison de retraite Ste Marie à Angers	90	554,00	128,00	6,9%
490008844	1	TG avec PUI	MR SLD CH CHOLET CHANTERIVIERE	70	839,00	168,00	24,1%
490530896	2	TP sans PUI	Logement foyer Le Clair Logis au Longeron	77	447,00	96,00	20,3%
490536042	1	TG avec PUI	MR SLD CH SAUMUR	190	732,00	168,00	16,8%
490536059	4	TP sans PUI	Maison de retraite Anne de Melun à Baugé	66	582,00	123,00	14,0%
490536083	1	TG avec PUI	Maison de retraite et SLD Chalonnnes sur Loire	139	586,00	158,00	0,7%
490536174	1	TG avec PUI	MRH Pouancé	186	696,00	134,00	11,5%
490536190	2	TG sans PUI	Maison de retraite Intercommunale de Segré - Ste Gemmes d'Andigné	165	585,00	112,00	5,0%
490538576	5	TP sans PUI	Maison de retraite Lac de Maine à Bouchemaine	106	551,00	145,00	0,3%
490539236	5	TG sans PUI	Maison de retraite Le Parc de la Plesse à AVRILLE	84	722,00	134,00	6,7%
490541117	2	TP sans PUI	Logement foyer César Geoffroy à Angers	89	627,00	127,00	0,4%
490542792	5	TP sans PUI	Maison de retraite Le Retraite à ANgers	83	536,00	134,00	2,5%
<b>53</b>	-			<b>152</b>			<b>61,0%</b>
<b>Mayenne</b>							
530031376	1	TP avec PUI	CHNM- MAYENNE	152	684,00	0,00	61,0%
<b>72 - Sarthe</b>				<b>1 110</b>			<b>8,3%</b>
720000447	1	TP sans PUI	E H P A D LE PRIEURE	90	765,00	168,00	34,4%
720001407	3	TP sans PUI	EHPAD 'Les Trois Vallées' de Coualaines	80	607,00	131,00	0,1%
720002088	2	TP sans PUI	EHPAD Les Chataigners de Fresnay sur Sarthe	138	668,00	130,00	0,2%
720002096	2	TP sans PUI	MR Marie Louise Bodin	46	566,00	168,00	15,7%
720002138	2	TP sans PUI	EHPAD Les Chevriers de Mayet	105	682,00	150,00	3,5%
720002187	2	TP sans PUI	E H P A D CATHERINE DE COURTOUX LA CHARTRE SUR LE LOIR	98	601,00	168,00	1,1%
720005982	3	TP sans PUI	EHPAD La Providence La Flèche	125	535,00	124,00	2,2%
720008101	2	TP sans PUI	EHPAD Le SéquoÃªa	54	586,00	116,00	25,6%
720008135	3	TP sans PUI	EHPAD Saint Vincent de Paul	80	576,00	125,00	0,8%
720012160	4	TP sans PUI	MR Saint Aldric Le Mans	22	527,00	168,00	15,9%
720013309	5	TP sans PUI	Résidence L'Orée des pins	60	625,00	96,00	9,5%
720013416	2	TP sans PUI	EHPAD Les Foyers de la Fuie de Laigné en Belin	66	693,00	138,00	1,3%
720013572	2	TP sans PUI	EHPAD Les Lys	64	552,00	113,00	16,8%
720014067	3	TP avec PUI	EHPAD E, Aujaleu Le Grand Lucé	82	623,00	169,00	8,5%
<b>85 - Vendée</b>				<b>1 022</b>			<b>31,7%</b>
850002213	2	TP sans PUI	EHPAD MAISON DE RETRAITE PUBLIQUE ST FULGENT	99	702,99	168,00	3,5%
850020124	1	TG avec PUI	EHPAD RESIDENCE DU GUY CHALLANS	82	574,51	134,00	1,4%
850020389	1	TG avec PUI	EHPAD CENTRE HOSPITALIER FONTENAY LE COMTE	285	526,00	138,00	8,6%
850020405	1	TG avec PUI	EHPAD CHD HENRI RENAUD LUCON	128	625,92	168,00	17,5%
850020454	1	TP avec PUI	EHPAD MR CH LES SABLES D OLLONNE	118	750,15	105,00	157,7%
850020470	1	TP sans PUI	EHPAD HOPITAL LOCAL SAINT JEAN DE MONTS	159	650,00	170,00	4,8%
850021270	1	TG avec PUI	EHPAD CHD MR SAINT JACQUES MONTAIGU	60	670,92	168,00	104,8%
850021353	1	TG avec PUI	EHPAD MR CHD PONT ROUGE LA ROCHE SUR YON	59	812,35	168,00	31,3%
850025677	4	TP avec PUI	EHPAD SADAPA	32	617,00	168,00	2,5%
<b>Picardie</b>				<b>700</b>			<b>10,9%</b>
<b>02 - Aisne</b>				<b>309</b>			<b>19,2%</b>
20002176	2	TP avec PUI	E H P A D M R D A DE LAON	168	663,57	92,00	31,7%

20004669	1	TG avec PUI	EHPAD ANNEXE AU CH DE SOISSONS	141	339,00	110,00	2,6%
<b>60 - Oise</b>			<b>Non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>80 - Somme</b>				<b>391</b>			<b>4,1%</b>
800006215	1	TP avec PUI	MRH	127	637,05	104,51	1,4%
800006512	1	TP avec PUI	MRH	264	617,79	69,00	5,5%
<b>Poitou- Charentes</b>				<b>1 087</b>			<b>10,2%</b>
<b>16 - Charente</b>				<b>66</b>			<b>35,0%</b>
160007571	1	TP avec PUI	MR DU CH RUFFEC	66	652,07	168,00	35,0%
<b>17 - Charente- Maritime</b>				<b>853</b>			<b>5,0%</b>
170780217	2	TP sans PUI	MR D ALIGRE A MARANS	145	644,00	103,00	4,5%
170781033	2	TP sans PUI	EHPAD LE ROCH à MONTLIEU-LA-GARDE	178	652,00	110,00	6,2%
170781132	2	TP sans PUI	MR BOIS D HURE A LAGORD	100	600,00	94,00	13,3%
170781140	2	TP avec PUI	MR DEPARTEMENTALE DE MATHA	80	620,00	138,00	0,8%
170783567	1	TG avec PUI	EHPAD spécialisé La Chapelle des Pôts (CH de Saintes)	44	770,00	140,00	6,1%
170791263	1	TG avec PUI	EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER LES BRUYERES A BOSCAMNANT	95	713,00	87,00	3,0%
170791339	2	TP sans PUI	FOYER LOGEMENT LES MINIMES	64	419,00	168,00	5,4%
170802631	2	TP sans PUI	MR PUBLIQUE AUTONOME LES MARONNIERS A AIGREFEUILLE	63	560,00	100,00	2,1%
170804298	4	TP sans PUI	EHPAD La Mirambelle à MIRAMBEAU	44	720,00	126,00	1,4%
170805501	4	TP sans PUI	MR L OEILLET DES PINS A SAINT GEORGES DE DIDONNE	40	845,00	145,00	5,5%
<b>79 - Deux- Sèvres</b>				<b>113</b>			<b>10,8%</b>
790003578	3	TP sans PUI	EHPAD FRONTENAY ROHAN ROHAN	63	625,40	89,00	1,0%
790007058	4	TP sans PUI	EHPAD CHAPELLE TYPE CANTOU	17	850,53	175,00	35,3%
790014727	5	TP sans PUI	EHPAD COULON	33	869,09	141,00	10,4%
<b>86 - Vienne</b>				<b>55</b>			<b>45,1%</b>
860786106	3	TG avec PUI	EHPAD pour déficients sensoriels 'Larnay' 86580 BIARD	55	707,00	90,00	45,1%
<b>Provence- Alpes-Côte d'Azur</b>				<b>3 904</b>			<b>20,8%</b>
<b>04 - Alpes de Hautes- Provence</b>				<b>924</b>			<b>15,1%</b>
40780702	2	TP sans PUI	MR municipale de Thoard	64	690,94	168,00	10,2%
40781031	1	TP sans PUI	CH Manosque MR Saint Joseph Mane	60	525,50	168,00	20,7%
40785529	1	TP sans PUI	HL Banon	36	676,94	168,00	15,3%
40785628	1	TP sans PUI	HL Castellane	70	660,97	168,00	5,4%
40785727	1	TP sans PUI	HL Forcalquier	111	669,37	110,00	17,9%
40785776	1	TP sans PUI	HL Jausiers	63	841,43	168,00	20,5%
40785826	1	TP sans PUI	HL les mées	62	727,34	168,00	3,2%
40785875	2	TP avec PUI	Les TILLEULS Araison	80	758,50	168,00	37,8%
40785925	1	TP avec PUI	HL Riez	63	670,48	168,00	19,0%
40785974	1	TP sans PUI	HL Seyne les Alpes	59	663,22	168,00	11,7%
40786022	1	TP sans PUI	HL Valensole	75	711,73	168,00	20,6%

40787129	1	TP avec PUI	HL Barcelonnette	49	709,39	168,00	20,1%
40788689	5	TG sans PUI	Les cèdres à Manosque	80	831,75	107,00	3,5%
40788861	5	TG sans PUI	Les jardins d'asclépios à la bréole	52	826,35	101,00	2,5%
<b>05 - Hautes-Alpes</b>				<b>109</b>			<b>19,5%</b>
50000512	3	TG sans PUI	EHPAD BONNEDONNE	30	894,00	115,00	21,6%
50001858	1	TP avec PUI	MR HL LARAGNE	50	744,89	168,00	15,6%
50006626	2	TP sans PUI	MAPAD LA MERETIERE	29	841,00	128,00	23,6%
<b>06 - Alpes-Maritimes</b>				<b>1 070</b>			<b>23,5%</b>
60780897	1	TP avec PUI	MR DU CH DE GRASSE	85	600,76	168,00	21,4%
60781309	2	TP avec PUI	VICTOR NICOLAËf?	173	713,85	165,00	20,4%
60781465	2	TP sans PUI	VILLEFRANCHE SUR MER	230	726,30	154,00	4,5%
60784196	3	TP avec PUI	LES GABRES	210	695,00	168,00	20,2%
60790284	1	TP avec PUI	EHPAD PUGET THENIERS	134	686,08	168,00	26,1%
60790532	1	TP avec PUI	EHPAD DE L HL DE TENDE	73	550,89	168,00	5,6%
60790789	1	TP avec PUI	MR DU CHU DE NICE	83	586,83	168,00	92,0%
60792579	1	TP avec PUI	EHPAD DU CH D ANTIBES	82	643,41	168,00	39,0%
<b>13 Bouches-du-Rhône</b>				<b>567</b>			<b>29,8%</b>
130001928	1	TP avec PUI	MDR du Centre Gérontologique Départemental	228	504,00	169,00	68,1%
130008733	1	TP sans PUI	LOU CIGALOU	65	560,00	168,00	13,1%
130781339	1	TG avec PUI	MAISON DE RETRAITE CH ALLAUCH	25	560,57	168,00	8,1%
130807282	1	TG avec PUI	LE RAYON DE SOLEIL	90	803,22	168,00	4,9%
130808827	1	TG avec PUI	E,H,P,A,D, DU CENTRE HOSPITALIER D ARLES	159	709,00	170,00	17,7%
<b>83 - Var</b>				<b>1 234</b>			<b>17,7%</b>
830004529	0	TG avec PUI	Les jardins de Mar Vivo	47	776,11	168,00	4,6%
830017133	5	TP sans PUI	Saint François du Las	130	676,20	168,00	3,6%
830017695	7	TP sans PUI	La rose de Noël	139	648,70	168,00	23,0%
830101432	2	TP sans PUI	Oustaou de zaou	47	658,00	168,00	16,8%
830101465	2	TP sans PUI	Saint Jacques cuers	70	776,71	108,00	11,2%
830101788	3	TP sans PUI	Les Amitiés Saint Maur	75	773,10	107,00	9,4%
830201042	5	TP sans PUI	Jeanne Marguerite	46	546,00	168,00	4,5%
830206462	3	TP sans PUI	MGEN- Vaussier saint louis	139	796,00	168,00	57,2%
830207478	4	TP sans PUI	Canto Mai	149	721,19	110,00	7,2%
830211702	5	TP sans PUI	Saint Honorat	85	736,39	168,00	1,0%
830213005	5	TP sans PUI	Les deux Chênes	22	780,00	168,00	32,6%
830213302	5	TP sans PUI	La Chatelaine	90	722,33	105,00	34,8%
830213849	2	TG avec PUI	Centre hospitalier Vidal	46	713,00	125,00	30,6%
830213930	5	TP sans PUI	Les Pins Bleus	69	540,30	88,00	5,9%
830213971	5	TP sans PUI	Les Terrasses D'amadeus	80	764,00	136,00	30,9%
<b>84 - Vaucluse</b>			<b>Non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>Rhône-Alpes</b>				<b>5 983</b>			<b>11,7%</b>
<b>01 - Ain</b>				<b>312</b>			<b>11,0%</b>
10001345	5	TP sans PUI	Les Opalines MIRIBEL	28	780,00	168,00	3,4%
10786119	2	TP sans PUI	MAISON DE RETRAITE DE CHALAMONT maison de retraite hôpital local Saint Laurent sur	80	765,00	168,00	0,9%
10786135	3	TP sans PUI	Saône	122	570,00	214,00	25,5%
10789402	3	TP sans PUI	Seillon Repos	82	501,00	143,00	0,2%

<b>07 - Ardèche</b>				<b>810</b>			<b>5,6%</b>
70005657	0	TG avec PUI	EHPAD LE MONTOULON	46	669,00	168,00	4,7%
70780523	3	TP sans PUI	MR Privée Les Muriers - St Sauveur de Montagut	110	726,00	192,00	2,0%
70780622	4	TP sans PUI	MR Publique Yves PERRIN - CHOMERAC	60	680,00	185,00	18,0%
70783345	1	TG avec PUI	MR LE BOSCH DE VALS LES BAINS PUBLIC	80	579,00	104,00	2,1%
70783501	3	TP sans PUI	MR St Joseph - ANNONAY	85	602,00	144,00	12,8%
70784418	7	TP sans PUI	EHPAD Les Gorges ST MARTIN D'ARDECHE	54	688,00	202,00	0,0%
70784590	2	TP avec PUI	Résidence Camous Salomon à Marcols les eaux	165	715,00	123,00	0,5%
70784632	1	TG avec PUI	EHPAD de l'hôpital local de VILLENEUVE DE BERG	210	715,00	123,00	6,7%
<b>26 - Drôme</b>				<b>717</b>			<b>8,3%</b>
			MR LES FLEURIADES ST PAUL TROIS CHATEAUX				
260000898	2	TP avec PUI	MR PUBLIQUE	80	647,00	119,00	15,6%
260005566	3	TP sans PUI	MR LA POUSTERLE NYONS, PRIVE ASSOCIATIF	76	751,00	168,00	1,7%
260009170	1	TG avec PUI	CENTRE HOSPITALIER DE CREST 26 401	118	821,00	145,00	5,2%
260016910	1	TG avec PUI	EHPAD des Hôpitaux Drôme Nord - ROMANS	443	823,00	207,00	9,0%
<b>38 - Isère</b>				<b>1 362</b>			<b>5,2%</b>
380002998	1	TP sans PUI	MR HOPITAL LOCAL MENS	81	723,00	168,00	5,1%
380007989	0	TP sans PUI	Meylan les ombrages EHPAD	75	803,00	150,00	0,9%
380013896	0	TP sans PUI	EHPAD Champ fleuri Echirrolles	64	822,00	217,00	1,2%
380781609	2	TP sans PUI	EHPAD Chateau de la Serra à Villette d'Anthon	66	750,00	147,00	13,6%
380784595	1	TP avec PUI	MR LA BATIE	80	645,00	168,00	1,3%
380785048	3	TP sans PUI	HOTEL DIEU DE LA BAJATIERE	81	715,00	193,00	15,3%
380785121	3	TP sans PUI	NOTRE DAME DES ROCHES	75	772,00	142,00	1,4%
380785147	0	TG sans PUI	Vienne Victor Hugo	80	700,00	150,00	0,4%
380785329	4	TG avec PUI	Le Buchet Ste Marie d'Alloix	62	924,00	230,00	2,8%
380785808	4	TG avec PUI	Maison St Jean le touvet	133	774,00	191,00	0,0%
380787671	3	TP sans PUI	Résidence Mutualiste le Fontanil	91	706,00	189,00	1,3%
380792119	2	TP sans PUI	MR L EGLANTINE CCAS FONTAINE	40	769,00	168,00	55,4%
380794172	2	TP sans PUI	EHPAD Narvick Grenoble	45	750,00	202,00	23,4%
380800847	2	TP sans PUI	MAISON CANTONALE MEYLAN	53	705,00	168,00	3,2%
380803130	0	TP sans PUI	EHPAD la Folatière Bourgoin Jallieu	67	777,00	214,00	2,4%
380803312	2	TP sans PUI	L'Age d'Or Monestier de Clermont	30	650,00	194,00	3,4%
380803803	0	TP sans PUI	St Ismier Villa du Rosat	50	656,00	168,00	1,2%
380803890	3	TP sans PUI	Ehpad Arche Charvieu Chavagnieu	69	750,00	209,00	0,7%
380804617	2	TP sans PUI	La Tourmaline Voiron	60	752,00	208,00	0,1%
380804740	3	TP sans PUI	L ARC EN CIEL	60	789,00	168,00	9,4%
<b>42 - Loire</b>				<b>1 093</b>			<b>3,3%</b>
420781809	2	TP sans PUI	EHPAD de CHAMPDIEU II	16	616,00	129,00	33,7%
420781908	2	TP sans PUI	EHPAD de PANISSIERE - II	92	721,00	171,00	0,4%
420781965	2	TP sans PUI	EHPAD 'Le val du Ternay' - Saint Julien Molin Molette - II	80	720,00	175,00	0,1%
420782633	3	TP sans PUI	EHPAD 'St Vincent de Paul' - St Etienne - II	80	660,00	174,00	0,0%
420783987	3	TP sans PUI	APA Rive de Gier II	90	763,00	121,00	2,3%
420784019	3	TP sans PUI	Bernadette II	80	722,00	200,00	2,6%
420784027	4	TP sans PUI	Roanne Le Rivage II	80	682,00	149,00	0,6%
420785289	1	TP avec PUI	Maison de retraite de l'hôpital de Feurs	80	690,00	168,00	11,6%
420786204	4	TP sans PUI	MA MAISON ROANNE	60	550,00	76,00	3,3%
420787970	5	TP avec PUI	EHPAD HL PELUSSIN	78	730,00	155,00	13,0%
420789091	1	TG avec PUI	EHPAD LA BUISSONIERE	93	653,00	171,00	4,1%
420789414	5	TP sans PUI	ORPEA BALBIGNY II	110	686,00	138,00	0,1%
420793275	5	TP sans PUI	Le Clos Champirol II	75	764,00	184,00	0,1%
420793671	5	TP sans PUI	EHPAD 'Sémiramis Janin' - Saint Etienne - II	79	727,00	172,00	0,4%

<b>69 - Rhône</b>				<b>1 506</b>			<b>27,4%</b>
690022835	2	TP sans PUI	CAMILLE CLAUDEL	48	724,00	168,00	15,8%
690031885	0	TG avec PUI	EHPAD Résidence Pierre de Beaujeu	25	809,00	168,00	14,5%
690031893	0	TG avec PUI	Hospices Civils de Lyon	466	827,00	183,46	49,3%
690781786	3	TP sans PUI	LA SALETTE BULLY	88	750,00	168,00	9,7%
690785431	3	TP sans PUI	LE MANOIR	61	642,00	168,00	8,8%
690785571	3	TP sans PUI	EHPAD Châteauevieux	100	693,00	168,00	0,5%
690785621	5	TP sans PUI	LE CERCLE DE LA CARETTE	62	494,00	144,00	2,3%
690785647	7	TP sans PUI	EHPAD Saint Raphael	70	729,00	165,00	1,6%
690788674	2	TP sans PUI	EHPAD Château Gaillard	18	636,00	168,00	76,0%
690788682	2	TP sans PUI	EHPAD Jean Jaurés	20	664,00	168,00	37,9%
690797543	4	TP sans PUI	L ORANGERIE	24	759,00	108,00	49,9%
690797618	2	TP sans PUI	EHPAD Henri Vincenot	56	625,00	168,00	11,9%
690799994	1	TG avec PUI	EHPAD rattaché à l'hôpital de Sainte Foy Lès Lyon	105	715,00	148,00	10,7%
690800024	1	TG avec PUI	MAISON DE RETRAITE DE L HOPITAL DE GIVORS	76	760,00	177,00	14,0%
690801576	3	TP sans PUI	MAPAD LA VIGIE DES MONTS D OR	90	675,00	149,00	21,0%
690802327	3	TP sans PUI	EHPAD Les Landiers	120	732,00	168,00	9,7%
690802756	2	TP sans PUI	LA DIMERIE	38	726,00	168,00	8,3%
690802905	5	TP sans PUI	EHPAD Alternative	13	771,00	168,00	1,2%
690805296	3	TP sans PUI	LE CANTOU	26	878,00	79,00	42,7%
<b>73 - Savoie</b>				<b>63</b>			<b>20,3%</b>
730785433	1	TG avec PUI	H L M DUBETTIER MR ST PIERRE D ALBIGNY	63	850,00	159,00	20,3%
<b>74 - Haute-Savoie</b>				<b>120</b>			<b>0,9%</b>
740011671	1	TG avec PUI	LES VERDANNES A EVIAN LES BAINS CHIL	120	715,00	115,00	0,9%
<b>DOM</b>				<b>502</b>			<b>40,3%</b>
<b>971 - Guadeloupe</b>				<b>223</b>			<b>68,4%</b>
970108262	2	TP sans PUI	Maison d'Accueil Jérémie Jalton	40	613,00	168,00	47,6%
970108882	3	TP sans PUI	RESIDENCE SENIOR LES FLAMBOYANTS	66	660,15	168,00	186,0%
970108890	2	TP sans PUI	BETHANY HOME	40	776,00	168,00	15,3%
970108908	1	TG avec PUI	MAISON DE RETRAITE CGR	77	723,00	515,00	59,0%
<b>972 - Martinique</b>				<b>159</b>			<b>14,2%</b>
970202230	2	TP sans PUI	EHPAD Les Filaos du Robert	75	606,06	168,00	10,4%
970203048	2	TP sans PUI	EHPAD Les Madrépores des Anses d'Arlets	42	720,26	168,00	4,0%
970204194	1	TG sans PUI	EHPAD du Ch de saint Esprit	42	727,84	168,00	32,9%
<b>973 - Guyane</b>			<b>non concerné</b>	<b>0</b>			
<b>974 - La Réunion</b>				<b>120</b>			<b>7,7%</b>
970430971	3	TG avec PUI	EHPAD Saint François d'Assises	120	660,51	170,00	7,7%

## **Annexe n° 2**

### **Grille utilisée pour les entretiens semi-directifs**

1. Qu'est-ce qu'une unité d'hébergement (EHPAD/USLD) hospitalière ?
2. Qu'est-ce que devrait être un EHPAD hospitalier ? en termes de présence médicale / présence IDE. Comment peut-on redéfinir l'organisation et les prestations médicales et soignantes dans ces unités pour tendre vers la convergence ?
3. Quels devraient être les ratios d'effectifs dans ces unités ?
4. En quoi la prise en charge dans ces unités est-elle actuellement différente de la prise en charge dans le secteur médico-social non hospitalier ?
5. Pourrait-on se séparer de ces unités d'hébergement et se recentrer sur le rôle ou les missions d'un CHU ?
6. Comment évaluer / valoriser auprès de la tutelle la charge en soins au sein de ces unités ?
7. Comment peut-on réduire les coûts dans ces unités ?
8. En quoi les USLD/EHPAD sont-ils moins attractifs pour les personnels médicaux et les personnels soignants ?
9. Bénéficier de l'intégralité de la filière (SCD / SSR / USLD / EHPAD) est-ce un frein à la réorganisation des unités d'hébergement ? (penser l'amont et l'aval du parcours du patient et se préoccuper en même temps de la fluidité de la filière)
10. Quels sont les freins à la convergence de ces unités vers les tarifs plafonds
11. L'outil PATHOS est-il adapté pour l'évaluation de la charge en soins ?
12. Comment évaluer réellement la charge en soins et la lourdeur du patient ?
13. Qu'est-ce que le concept de malade « bed bloqueur » ?