

***Les conventions tripartites de
« Pathossification »
et
les contrats pluriannuels d'objectifs et
de moyens (CPOM) dans les
établissements hébergeant des
personnes âgées dépendantes (EHPAD)***

**GUIDE
JURIDIQUE ET FINANCIER**

SOMMAIRE

1-	Le contexte budgétaire 2012.....	5
2-	Convention tripartite et ou CPOM / convention d'aide sociale.....	6
3-	Obligation de conclure un CPOM d'EHPAD	7
4-	Des conventions tripartites au CPOM d'EHPAD : quelles conséquences sur le contenu des engagements ?	8
5-	Le financement des soins	9
6-	Le financement de la dépendance	10
7-	Le partage des dépenses d'AS-AMP.....	12
8-	Les tarifs afférents à l'hébergement	15
9-	Habilitation totale et partielle à l'aide sociale départementale.....	18
10-	Les outils financiers d'un CPOM	18
11-	Particularisme des EHPAD en budget annexe hospitalier	21
	Annexe 1 : la nouvelle grille AGGIR (Dr Vétel, pôle de gériatrie, centre hospitalier du Mans)	25
	Annexe 2 : la validation AGGIR pathos (Dr Vétel, pôle de gériatrie, centre hospitalier du Mans)	28
	Annexe 3 : le dispositif de formation grille AGGIR (Dr Vétel, pôle de gériatrie, centre hospitalier du Mans)	33
	Annexe 4 : foire aux questions	36

L'objet de ce mini-guide n'est pas de se substituer aux guides relatifs au conventionnement dans les EHPAD publiés depuis 2001 par les fédérations gestionnaires et l'ENSP devenue EHESP.

Après avoir été suspendue en 2011 ; la médicalisation « pathos » des EHPAD doit reprendre en 2012, l'Etat lors du conseil d'administration de la CNSA a affirmé que les départements devaient obligatoirement accompagner ce renforcement de la médicalisation alors que la législation et la réglementation actuelles ne les y obligent nullement même si, bien évidemment, ils peuvent librement décider de la faire et au niveau voulu par eux et non imposé par l'Etat.

L'ADF a donc publié un communiqué de presse (voir page suivante) alertant des risques de contentieux. Le présent mini guide doit vous permettre de les prévenir et ce, d'autant plus, qu'il propose des solutions que les anciennes DDASS-ARH avaient trouvé avec vous et que nombre d'ARS devraient reprendre.

Paris, le 22 novembre 2011

COMMUNIQUE DE PRESSE

de Claudy LEBRETON, Président de l'ADF

CNSA : les départements de France dénoncent un budget en trompe l'œil

Le budget prévisionnel de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été approuvé le 15 novembre dernier contre l'avis des représentants des départements de France.

Le président de l'ADF, Claudy LEBRETON, souhaite expliquer publiquement les deux principales raisons ayant amené à ce refus :

- La contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) ne peut plus être utilisée impunément pour combler les déficits de l'assurance maladie. En effet, les recettes de la journée de solidarité doivent être affectées exclusivement au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) versées pour le compte de l'Etat par les départements. Actuellement, le rythme de croissance annuel de ces deux prestations individuelles de solidarité atteint plus 500 millions d'euros et pèse ainsi lourdement sur les budgets départementaux.
- Dans un contexte financier extrêmement tendu, les départements ne peuvent être contraints de financer le plan Alzheimer et d'accompagner la médicalisation des EHPAD, dite « pathos ». Une telle mesure les pousserait à engager, en plus des 140 millions d'euros prévus en 2012, une dépense supplémentaire de 40 millions. La légalité de cette disposition étant sujette à caution, l'ADF se réserve le droit d'engager les actions juridiques nécessaires à son annulation.

Après l'annonce du report de la réforme de la dépendance et de l'autonomie, le président de l'ADF appelle donc l'Etat et le Parlement à revoir ces arbitrages qui porteraient une nouvelle fois un coup dramatique aux finances de plusieurs dizaines de départements.

1. Le contexte budgétaire 2012

Après le gel en 2011 de la conclusion des conventions tripartites (DGARS, PCG, organisme gestionnaire) dites de « deuxième génération » ou de « pathossification », le PLFSS pour 2012 prévoit de relancer ce conventionnement et d'y consacrer 160 millions d'euros. Sachant que le PLFSS rectificatif prévoit déjà de rogner 20 millions d'euros, il ne devrait y avoir que 140 millions pour cette « pathossification » des soins dans le cadre des conventions tripartites et des CPOM en 2012.

Lors du conseil d'administration de la CNSA le 15 novembre 2011, les besoins de financement de la « pathossification » des conventions tripartites arrivées à échéance ont été estimés à 230 millions d'euros en 2012 sur la base d'un calcul reposant sur un pathos moyen pondéré (PMP) de 168 qui résulte des constatations des PMP sur les 1064 conventions tripartites de « pathossification » conclues.

Aussi, il est probable qu'il sera demandé aux départements d'accompagner cette médicalisation dans le cadre de la « pathossification » en majorant les dépenses afférentes à la dépendance d'un montant entre 25 à 30 % du supplément de crédits d'assurance maladie: 25 % si la médicalisation « PATHOS » entraîne un renforcement de la présence de médecins dont le médecin coordonateur, un renforcement du nombre d'infirmiers et des recrutements d'ergothérapeute ; 30 % s'il ne s'agit que de renforcer l'encadrement en aides soignants et aides médico-psychologiques – AS-AMP-

Pourtant une ARS ne peut pas imposer aux départements et aux résidents, un accompagnement financier relatif au renforcement d'une médicalisation décidée par elle seule dans le cadre de la « pathossification »

Il convient en 2012 de prendre en compte les conséquences relatives à l'absence de décret sur la tarification des EHPAD qui doit être pris en application du nouvel article L.314-2 du CASF, qui est entré pleinement en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

La réglementation tarifaire de 1999-2001 qui s'appuyait sur l'ancien article L.314-2 issu de la loi sur la PSD de 1997 est « tombée » il y a plus de 3 ans, ce qui a créé un vide réglementaire. L'Etat rechigne à prendre un nouveau décret qui entraînerait des charges supplémentaires pour les départements parce qu'il tomberait sous le régime de l'article L.1614-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT) qui dispose que toute charge supplémentaire imposée par voie réglementaire aux collectivités territoriales doit faire l'objet d'une compensation financière par l'Etat après avis de la CCEC.

Depuis la législation tarifaire des EHPAD de la loi de 1997 relative à la PSD et de la loi de juillet 2001 relative à l'APA, dans le cadre de l'acte II de la décentralisation en 2004, le CGCT est venu renforcé le droit à compensation des départements. Les consignes données par l'administration centrale aux ARS pour faire contribuer les départements à l'accompagnement de la « pathossification » afin d'épargner sur les crédits de l'assurance maladie, ne permettent pas de se référer ni à une obligation juridique bien solide, ni au régime des dépenses obligatoires (L.3321-1 du CGCT).

Comme nous le verrons, il est parfaitement possible que les ARS « pathossifie » la médicalisation des EHPAD sans demander aux départements (sauf si ces derniers souhaitent le faire et au niveau décidé par eux) de les accompagner financièrement.

Des associations d'usagers qui ont intérêt à agir vont dans les prochains mois demander probablement et risquent d'obtenir l'annulation des tarifs fixés par les conseils généraux et les ARS sans fondement réglementaire. Ces annulations d'arrêtés tarifaires vont avoir des effets désastreux pour les finances des départements et des établissements (obligation de remboursement et retour aux derniers tarifs réglementaires, c'est-à-dire ceux de 2009). La responsabilité de l'Etat étant engagée compte tenu du délai anormal de la publication du décret (au regard d'une jurisprudence constante du conseil d'Etat), les départements et les établissements pourraient alors bien se retourner contre lui pour demander à être indemnisés de leurs pertes ou du « manque à gagner ».

Un avenant aux conventions tripartites, la conclusion de CPOM selon les modalités préconisées par la présente fiche peuvent permettre de sécuriser votre tarification.

2. Convention tripartite et ou CPOM / convention d'aide sociale

Un EHPAD doit conclure, et ensuite renouveler pour 5 ans, une convention tripartite en application du I de l'article L.313-12 du CASF.

Alors qu'au titre de l'aide sociale à la charge de l'Etat, les CHR, les CADA et les ESAT sont obligés de conclure une convention d'aide sociale, cette dernière n'est pas obligatoire pour les établissements habilités à l'aide sociale qui hébergent des adultes handicapés ou des personnes âgées...

Les gestionnaires d'EHPAD habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale peuvent donc aussi conclure une convention d'aide sociale, soit en application de l'article L313-8-1 du CASF, soit en application de L.342-3-1 du CASF. Ces deux types de conventions d'aide sociale étant, comme nous le verrons, de nature différente.

Le CPOM d'EHPAD est conclu entre le DGARS, le PCG et une personne morale de droit public ou de droit privé gérant plusieurs EHPAD sur le département, lesquels ont été autorisés dans le cadre du 6° du I de l'article L312-1 du CASF ou dans le cadre des USLD relevant du code de la santé publique (CSP).

Ces dernières années, des CPOM d'EHPAD ont été conclus avec des CCAS (maisons de retraite et foyers logement médicalisés), des associations, des fondations et des organismes mutualistes gérant plusieurs EHPAD sur le même département. Cela devrait être aussi possible avec des établissements publics sociaux et médico-sociaux (EPSMS) gérant plusieurs EHPAD (en budget principal et en budgets annexes), des établissements publics de santé (EPS) gérant en budgets annexes des maisons de retraite hospitalières, des USLD « requalifiés » ou des USLD « maintenus »...

Le CPOM d'EHPAD ont vocation à se substituer à toutes les conventions tripartites et aux conventions d'aide sociale des EHPAD du département entrant dans le champ dudit CPOM.

En application de l'article L.313-12-2 du CASF, issu de la loi « HPST », l'intégration des conventions d'aide sociale dans un CPOM est prévue à l'article R.345-1-1 du CASF pour les CHRS et à l'article R.348-6-1 du CASF pour les CADA. L'article R.314-7-1 du CASF pour les ESAT n'a par contre toujours pas été publié.

Il est étonnant et un peu contradictoire que certains partenaires soient pour le maintien du caractère obligatoire des conventions tripartites et des conventions d'aide sociale tout en étant opposés à l'obligation de conclure des CPOM intégrant ces conventions tripartites et ces conventions d'aide sociale.

Pour les EHPAD, les conventions d'aide sociale n'étant pas obligatoires, il n'y a pas besoin d'un texte réglementaire sur l'intégration des conventions d'aide sociale dans les CPOM. Le CPOM d'EHPAD peut y pallier lui-même tout comme le PCG et l'organisme gestionnaire peuvent conclure une convention d'aide sociale relevant de l'article L.342-3-1 du CASF commune aux EHPAD du CPOM.

3. Obligation de conclure un CPOM d'EHPAD

Le I de l'article L.313-12 du CASF prévoit qu'un arrêté interministériel fixe les seuils au-delà desquels la conclusion d'un CPOM serait obligatoire.

Il n'est pas prévu de délai pour respecter cette obligation contrairement à ce qui avait été prévu concernant l'obligation de conclure une convention tripartite (ce délai ayant été repoussé plusieurs fois entre 1997 et 2007). L'absence de convention d'aide sociale obligatoire entraîne le retrait de l'autorisation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, la cessation des financements et donc la fermeture de l'établissement.

Cet arrêté fixant le seuil des CPOM prévu au I de l'article L.313-12 du CASF (ainsi qu'à l'article L.313-12-2) n'a toujours pas été pris, plus de 28 mois après la publication de la loi « HPST », malgré l'engagement pris par les ministres successifs de les fixer à « plus de deux fois les trois critères de l'article L.612-1 et R612-1 du code de commerce ».

Article R612-1

Les personnes morales de droit privé non commerçantes ayant une activité économique, mentionnées à l'article L. 612-1, sont tenues d'établir des comptes annuels et de désigner au moins un commissaire aux comptes et un suppléant lorsqu'elles dépassent, à la fin de l'année civile ou à la clôture de l'exercice, les chiffres ci-dessous fixés pour deux des trois critères suivants :

1° Cinquante pour le nombre de salariés ; les salariés pris en compte sont ceux qui sont liés à la personne morale par un contrat de travail à durée indéterminée ; le nombre de salariés est égal à la moyenne arithmétique des effectifs à la fin de chaque trimestre de l'année civile ou de l'exercice comptable lorsque celui-ci ne coïncide pas avec l'année civile ;

2° 3 100 000 euros pour le montant hors taxes du chiffre d'affaires ou des ressources ; le montant hors taxes du chiffre d'affaires est égal au montant des ventes de produits et services liés à l'activité courante ; le montant des ressources est égal au montant des cotisations, subventions et produits de toute nature liés à l'activité courante ; toutefois, pour les associations professionnelles ou interprofessionnelles collectant la participation des employeurs à l'effort de construction, le montant des ressources, qui s'entendent des sommes recueillies au sens de l'article R. 313-25 du code de la construction et de l'habitation, est fixé à 750 000 euros ;

3° 1 550 000 euros pour le total du bilan ; celui-ci est égal à la somme des montants nets des éléments d'actif.

Les personnes morales mentionnées au premier alinéa ne sont plus tenues à l'obligation d'établir des comptes annuels lorsqu'elles ne dépassent pas les chiffres fixés pour deux des trois critères définis ci-dessus pendant deux exercices successifs. Il est mis fin dans les mêmes conditions au mandat du commissaire aux comptes par l'organe délibérant appelé à statuer sur les comptes annuels.

Les dispositions du présent article relatives à l'établissement de comptes annuels ou à la désignation d'un commissaire aux comptes s'appliquent sans préjudice des dispositions réglementaires propres à certaines formes de personnes morales entrant dans l'une des catégories mentionnées à l'article L. 612-1.

La publication de cet arrêté a été aussi demandée dans le rapport de Madame Ratte issu des débats nationaux sur la dépendance. En effet, dans le secteur des EHPAD, ces CPOM permettraient des économies d'échelle sur les fonctions supports (restauration, administration générale, entretien des locaux) qui sont les composantes principales des tarifs hébergement et diminueraient le nombre de budgets annexes. Ces CPOM offrirait aux départements la possibilité de mieux maîtriser les dépenses d'hébergement et donc le « reste à charge » des résidents.

En l'absence d'arrêté et même pour ceux qui seront demain en deçà des seuils, il est possible de conclure un CPOM pour peu que les parties signataires y soient prêtes.

4. Des conventions tripartites au CPOM d'EHPAD : quelles conséquences sur le contenu des engagements ?

En matière d'engagement relatif à l'amélioration continue de la qualité des prises en charge, à la professionnalisation et à l'organisation du projet de vie et du projet de soins, le CPOM n'est pas une simple addition des anciennes conventions tripartites (le CPOM pourra prévoir la dénonciation d'un commun accord des conventions tripartites en cours afin que l'ensemble des EHPAD entrant dans le champ du CPOM le fassent pour les

mêmes 5 années à venir), même s'il doit fixer des objectifs particuliers et des priorités à des EHPAD en situation plus difficile par rapport à d'autres.

Le CPOM d'EHPAD doit prévoir les coopérations et les mutualisations de moyens et de « savoir-faire » entre EHPAD : fonctions supports, permanence de nuit, animation, équipes médicales...

Si l'association est majoritairement départementale, le CPOM peut inclure la question de l'autorisation et du financement des missions du siège social...

Par contre, les engagements du CPOM comme des conventions tripartites « EHPAD par EHPAD » de « pathossification », entraînent une inversion de logique.

D'une logique où l'on propose des actions puis l'on négocie des financements (**rapport d'efficacité entre objectifs et moyens**), on passe d'une logique où le niveau de dépendance et les besoins en soins entraînent un niveau de ressources, ces ressources garanties étant ensuite traduites en engagements dans un **rapport d'efficience (moyens résultats)**.

Dans ce contexte, c'est la deuxième ou la troisième convention qui sera plus difficile à conclure que la ou les précédentes.

En effet, avec une même capacité, le même GMP et le même GMPS, tous les EHPAD similaires auront approximativement les mêmes ressources. Par contre, on s'aperçoit déjà et on continuera à observer que les organisations et l'efficience seront différentes :

- ✓ Choix de faire plus ou moins appel, ou pas du tout, à des infirmiers libéraux ;
- ✓ Rapport entre AS-AMP et autres professionnels du soin (infirmiers, médecins ergothérapeutes, paramédicaux...) ;
- ✓ Gestion des médicaments avec une pharmacie d'officine voisine de l'EHPAD ou dans le cadre d'un CGSMS ou d'une PUI hospitalière ;
- ✓ Organisation du travail dans les temps forts de la journée : le lever, les repas, le coucher...

Les autorités de tarification au moment de la 2^{ème} ou 3^{ème} convention peuvent alors faire du « benchmarking » ou du « paragonnage » entre les résultats et performances et avoir des exigences plus précises sur l'organisation des soins, sans pour autant s'engager dans une dangereuse standardisation et uniformisation ne laissant plus d'espace à l'expérimentation et à la diversification en matière de projet de vie et de soins en EHPAD...

5. Le financement des soins

Si le nouveau 1^o de l'article L.314-2 du CASF a donné au 1^{er} janvier 2010 une base législative pour une tarification des soins aux GMPS, faute de décret d'application (les décrets de 1999-2001 qui sont « tombés » ne traitaient d'ailleurs pas du sujet), cette tarification au GMPS qui s'appuie sur des circulaires est illégale. Il en va de même des

forfaits PASA, UHR, accueil de jour..., dans le cadre du plan national Alzheimer. Le CPOM peut conventionnellement pallier à cette absence de base réglementaire...

Conformément au 1^{er} du nouvel article L.314-2 du CASF entré en application le 1^{er} janvier 2010 et malgré l'absence de décret d'application, le forfait global relatif aux soins doit être calculé sur l'ensemble des EHPAD de l'organisme gestionnaire entrant dans le CPOM.

Le GMP, le PMP et le GMPS du CPOM sont calculés sur le champ du CPOM, c'est-à-dire sur l'ensemble des résidents des EHPAD du CPOM (ce n'est en aucun cas la moyenne de la moyenne des EHPAD).

Le total des points GIR « soins » est ensuite valorisé en fonction des valeurs nationales du point GIR « soins » (point GIR « soins partiels » sans PUI, point GIR « soins partiels » avec PUI, point GIR « soins globaux » sans PUI, point GIR « soins globaux » avec PUI) fixées chaque année par arrêté interministériel.

A ce premier forfait global, il faut ajouter :

- les forfaits relatifs aux frais de transport en application de l'article R. 314-207 du CASF ;
- les montants des fonds dédiés à la compensation de frais financiers en application de l'article 86 de la loi n°2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et de l'article D. 314-205 ;
- les forfaits spécifiques à certaines activités de soins dont les conditions d'attribution et les montants sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des personnes âgées et de la sécurité sociale ;
- les montants correspondant à la compensation des charges afférentes aux missions d'intérêt général et aux expérimentations de nouveaux modes de prise en charge des soins imposées à l'établissement par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- les forfaits « soins » relatifs aux PASA et UHR.

Le CPOM devrait prévoir le maintien du GMPS pendant la durée du CPOM, sa révision ne devant intervenir que si le PMP évolue de plus de 5 % et de plus 50 points.

6. Le financement de la dépendance

Dans le cadre de sa libre administration, le département peut vouloir améliorer la prise en charge de la dépendance dans les EHPAD en renforçant les crédits de l'APA en établissement dans ces établissements et en majorant d'autant son enveloppe départementale limitative¹ fixée en application de l'article L.313-8 du CASF. Cette décision étant totalement déconnectée d'un alignement sur les renforcements de moyens accordés par l'ARS au titre de la « pathossification » puisque les ARS ne peuvent rien vous imposer en la matière.

¹ Un Power Point sur la « **constitution et la gestion des enveloppes limitatives de crédits par les conseils généraux** » peut vous être transmis ou téléchargé

Conformément au 2° du nouvel article L.314-2 du CASF entré en application le 1^{er} janvier 2010 et malgré l'absence de décret d'application, le forfait global relatif à la dépendance doit être calculé sur l'ensemble des EHPAD de l'organisme gestionnaire entrant dans le CPOM.

Le GMP du CPOM est calculé sur le champ du CPOM, c'est-à-dire sur l'ensemble des résidents des EHPAD du CPOM (ce n'est en aucun cas la moyenne de la moyenne des EHPAD).

Le total des points GIR « dépendance » est ensuite valorisé soit :

- ✚ de la valeur départementale du point GIR « dépendance » qui se calcule aujourd'hui en divisant les dépenses autorisées dans les sections tarifaires « dépendance » par le total des points GIR des EHPAD tarifés et demain en divisant les dépenses constatées dans les comptes d'emploi « dépendance » par le total des points GIR des EHPAD tarifés ;
- ✚ de la valeur moyenne du point GIR « dépendance » dans les EHPAD du CPOM ;
- ✚ de la valeur départementale du point GIR « dépendance » dans l'une des catégories juridico-financières (CCAS, fonction publique hospitalière, CNCT de 1951, CCU du SYNERPA) dont les EHPAD du CPOM relèvent ; puisqu'effectivement ces différentes catégories juridico-financières n'ont pas les mêmes taux de charges sociales et fiscales et les mêmes régimes de TVA...

Le CPOM peut d'ailleurs programmer la convergence tarifaire vers la moyenne départementale catégorielle ou inter-catégorielle.

Le CPOM devrait prévoir le maintien du GMP pendant la durée du CPOM, sa révision ne devant intervenir que si le PMP évolue de plus de 5 % et de plus de 20 points.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, l'expérimentation de la dotation globale de financement (DGF) « dépendance » prévue par la loi APA de juillet 2001 et qui avait été presque généralisée dans les départements, a été remplacée par le forfait global relatif à la dépendance.

Le calcul de ce forfait global que nous venons de présenter n'exclut pas le calcul de tarifs journaliers afférents à la dépendance, opposables aux résidents n'ayant pas leur domicile de secours dans le département. De plus, le calcul du tarif journalier du GIR 5-6 est nécessaire puisqu'il constitue un « talon » ou « ticket modérateur » qui s'ajoute aux tarifs journaliers relatifs à l'hébergement.

Aussi, le forfait global calculé sur le GMP de l'EHPAD ou des EHPAD du CPOM doit être divisé par le nombre de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents, puis :

- ✚ multiplié par 280 pour calculer le tarif journalier afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les GIR 5 et 6 ;
- ✚ multiplié par 660 pour calculer le tarif journalier relatif à la dépendance pour les résidents relevant d'autres départements classés dans les GIR 3 et 4 ;
- ✚ multiplié par 1040 pour calculer le tarif journalier relatif à la dépendance pour les résidents relevant d'autres départements classés dans les GIR 1 et 2.

La quote-part de forfait global que le département verse au gestionnaire (siège social) des EHPAD du CPOM est égal au forfait global relatif à la dépendance diminué des tarifs journaliers des GIR 5-6 de tous les résidents et des tarifs journaliers « dépendance » des GIR 1-2 et des GIR 3-4 des résidents ressortissants d'un autre département.

Le cas échéant, cette quote-part de forfait global peut être ensuite majorée des surcoûts relatifs à la dépendance de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire puisque ces modes d'accueil relèvent de plans d'aide APA à domicile qui sont vite saturés...

L'arrêté annuel du PCG doit fixer cette quote-part de forfait global relatif à la dépendance et les tarifs journaliers GIR 5-6, GIR 3-4 et GIR 1-2.

7. Le partage des dépenses d'AS-AMP

Les dépenses afférentes à la dépendance dans les EHPAD sont aujourd'hui constituées principalement par :

- ✚ des produits pour incontinence pour 2 à 3 euros par jour et par personne sachant que ces produits ont une TVA à 19,6%
- ✚ des dépenses afférentes aux psychologues (100 millions d'euros)
- ✚ des dépenses d'agents de service (30 %)
- ✚ des dépenses d'aides-soignants (AS) et d'aides médico-psychologiques (AMP) qui en constituent l'essentiel (940 millions d'euros en 2009).

Les 30 % d'AS-AMP correspondent aux soins de nursing (le « care ») alors que les 70 % restant correspondent aux soins de technique (le « cure »).

Le renforcement de la médicalisation intervient dans le cadre des nouvelles conventions tripartites dites de « deuxième génération » ou de « pathossification » qui visent à renforcer la médicalisation des établissements en utilisant un outil: « **pathos** ».

Cette nouvelle analyse des besoins en « soins requis » par une coupe « Pathos » a pour effet de **majorer d'environ 30 %** en moyenne les dotations financières afférentes aux soins des établissements.

Cependant, dans le cadre de l'article L.314-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dans sa rédaction de 2001-2009 et dans le cadre de la réglementation tarifaire de 1999-2001, cette augmentation des budgets afférents aux soins aurait aussi eu comme conséquence d'augmenter significativement les obligations financières des départements et des résidents puisque les aides-soignants devaient être financés à 30 % par l'APA en établissement.

Toute augmentation de l'APA en établissement est répartie entre le résident qui doit payer l'équivalent du tarif du GIR 5-6 et le Conseil général. Au niveau national, le GIR Moyen Pondéré - GMP - (dépendance moyenne) dans les EHPAD (hors USLD) était en 2007 de 660 points et le tarif du GIR 5-6 calculé sur la base de 280 points ; le résident devrait donc supporter 42 % de cette augmentation et les conseils généraux 58 %. Aussi, lorsque l'assurance maladie dépense 1000 euros en plus pour mieux médicaliser, le département doit mécaniquement ajouter 156 euros au titre de l'APA en établissement et le résident 144 euros au titre du ticket modérateur APA.

Enfin, lorsque le résident est dans l'incapacité de payer le montant de son tarif hébergement majoré du montant du tarif GIR 5-6, l'aide sociale départementale intervient pour pallier cette impécuniosité tout en lui laissant un « reste à vivre ». Aussi, la « pathossification » pourrait avoir pour conséquence le basculement de nombreuses personnes dans l'aide sociale, ne pouvant pas assumer la majoration de leur « reste à charge », ce qui aura une incidence directe sur les budgets des départements.

Le maintien de la réglementation de 1999-2001 avait donc bien pour conséquence d'obliger les départements à accompagner cet effort de médicalisation puisque, si le renforcement des crédits d'assurance maladie permet aux EHPAD de renforcer les temps d'interventions du médecin coordonnateur et de recruter quelques infirmières supplémentaires, l'essentiel des moyens nouveaux est destiné à recruter de nouveaux aides-soignants. Si ces nouveaux aides-soignants devaient continuer à être pris en charge à 30 % par la dépendance, les dépenses relatives à la dépendance s'en trouveraient majorées.

Conscient que cet effort de médicalisation produirait une dérive insupportable pour le « reste à vivre » des résidents et les finances des départements, sans attendre le projet de loi sur le « 5^{ème} risque », l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a réécrit cet article L.314-2 du CASF afin de permettre le financement à 100 % par l'assurance maladie des nouvelles aides soignantes recrutées dans le cadre de la « pathossification ».

En effet, « Pathos » repose sur :

- ✓ 50 états pathologiques,
- ✓ 12 profils de soins possibles,
- ✓ 250 couples « états pathologiques - profils de soins »,
- ✓ 8 types de soins identifiés.

Une telle mesure montre bien que ces charges relèvent incontestablement de l'assurance maladie qui doit les financer, et non des conseils généraux et des résidents, du moins dans cette proportion.

Contrairement aux trois premières versions, la quatrième version du projet de décret qui est attendu depuis maintenant plus de 3 ans n'accepte cependant ce financement à 100 % « qu'à titre expérimental et pour 3 ans ». Cette disposition entraîne trop d'incertitudes juridiques et financières pour les conseils généraux et les résidents. Les conseils généraux sont donc conduits à refuser la conclusion de conventions tripartites de « pathossification », alors que les crédits de l'assurance maladie sont disponibles, ce qui entraîne une sous-consommation de l'OGD de la CNSA.

La volonté du législateur ne semble pas, ici, parfaitement respectée par le pouvoir réglementaire.

On peut craindre que cette disposition relative au maintien de la répartition des charges d'aides-soignants, si elle devait être maintenue dans le décret publié, nous entraîne dans un cercle vicieux :

- ✓ manque de visibilité entraînant d'importants retards dans la conclusion des conventions tripartites de « deuxième génération » ou de « pathossification » ;
- ✓ sous-consommation de l'OGD de la CNSA ;
- ✓ reversement des crédits d'assurance maladie non consommés et débasage dans le budget de la CNSA ;
- ✓ transfert de charges sur les départements et les résidents.

La réglementation tarifaire de 1999-2001 qui s'appuyait sur l'ancien article L.314-2 issu de la loi sur la PSD de 1997 est « tombée ». Aussi, en l'absence de nouveau décret, les conventions tripartites et les CPOM, en application de l'article L.313-11, peuvent ordonnancer la tarification et les financements.

Le CPOM (comme la convention tripartite) doit préciser le nombre minimal d'AS-AMP (ou une « fourchette ») que l'organisme gestionnaire s'engage à mettre à la disposition des résidents, combien d'entre elles seront prises en charge, d'une part, par le forfait global relatif à la dépendance et, d'autre part, par le forfait global relatif aux soins, et ce, bien évidemment, dans la stricte limite de ces deux forfaits qui doivent aussi financer d'autres charges propres...

Sur le niveau d'encadrement en AS-AMP sur les « soins » et sur « la dépendance », il est absurde de raisonner en un nombre d'ETP par place ou par lit. Ce raisonnement conduirait à accepter le même nombre d'ETP d'AS-AMP pour un EHPAD de 60 places ayant un GMP de 800 qu'à un autre EHPAD de 60 places ayant lui un GMP de 350. En la matière, il est préférable de raisonner en nombre d'ETP d'ASS-AMP pour 1000 point GIR et en nombre d'infirmiers pour 10.000 point GIR « soins ».

Ces dernières années, cette « pathossification » a entraîné une forte augmentation des moyens sur les soins et c'est logique. Ces moyens nouveaux ont essentiellement permis de recruter de nouvelles AS-AMP.

Avant les ARS, les DDASS ont bien compris que les départements ne pouvaient pas ajouter à ces crédits d'assurance maladie pour recruter des AS-AMP, 30 % de crédits sur la dépendance. Un respect strict des 70-30 % avait pour effet de renforcer la médicalisation « pathossification » par des infirmiers, des médecins et des paramédicaux au détriment des AS-AMP, des DASS et des ARH y ont donc renoncé...

Compte tenu que le nouvel article L.314-2 du CASF inséré par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a pour objectif de faire financer à 100 % les besoins en soins supplémentaires - dont les AS-AMP à la suite de la coupe « PATHOS » - des DDASS ont signé des conventions tripartites de « deuxième génération » anticipant la publication du décret que ne devrait pas s'écarter de la volonté du législateur sauf à devenir illégal...

De plus, certaines DDASS souhaitaient, à juste titre, que des interventions d'infirmières libérales, voire salariées qui effectuaient des AIS et non des AMI soient remplacées par des AS-AMP ; quitte à les financer à 100 % sur les soins compte tenu du rapport qualité / nombre de poste « au pied du lit » /prix. Les 70-30 % étaient devenus un obstacle à une médicalisation de qualité et à des réponses adaptées aux besoins en soins.

Un tel dispositif de contractualisation sur les dépenses d'AS-AMP vise à éviter les blocages dans le processus de conventionnement, à savoir, soit l'alignement de certaines des parties signataires sur la « moins disante », soit le chantage ou la pression sur l'un des signataires enjoint de s'aligner sur les autres (sur 3 signataires, il y en a toujours 2 qui peuvent s'entendre sur le dos du 3^{ème}).

Cette contractualisation dans le cadre d'un CPOM d'EHPAD peut aussi permettre d'assouplir la répartition des prises en charge entre l'hébergement et la dépendance notamment en matière d'animation sociale, de prévention et de « dépendance domestique sociale et relationnelle » (DDSR), afin d'agir sur le « reste à charge » (RAC) et le « reste à vivre » (RAV) des résidents.

Le respect des engagements en matière de financement sur les soins et sur la dépendance des AS-AMP sera contrôlé a posteriori au moyen des nouveaux outils : EPRD, comptes d'emploi, tableau de recollement des comptes d'emploi (cf, infra).

En cas de non-respect des engagements, il doit être procédé au reversement des sommes indument perçues par diminution des forfaits des exercices suivants.

8. Les tarifs afférents à l'hébergement

Comme le prévoyait, depuis 2001, l'article R.314-182 du CASF (cet article en « R » et les autres articles sur la tarification de l'hébergement, issus des décrets de 1999-2001, sont « tombés » et doivent être remplacés par un nouveau décret en « D » en application de l'article L314-2 du CASF), les tarifs afférents à l'hébergement peuvent être modulés² en fonction :

- du nombre de lits par chambre ;
- des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- de la localisation et du confort de la chambre ;
- de la non-utilisation du service de restauration collective de l'établissement ;
- de la non-utilisation du service de blanchisserie de l'établissement ;
- de l'accueil temporaire ;
- de l'accueil de jour.

Le CPOM d'EHPAD regroupant plusieurs EHPAD aux caractéristiques et à l'histoire architecturale diverses, ne pourra pas retenir un prix de journée « hébergement » unique mais plusieurs tarifs.

Ces différents tarifs sont cependant appelés à connaître des mouvements divers au cours du CPOM:

- uniformisation du fait des mutualisations ;
- diversification en cas de prise en compte des ressources des résidents (cf. infra).

Le CPOM doit donc les organiser et les programmer.

² Le tarif hébergement unique avait été imposé par les CRAM, lors de la création des sections de cure en 1978. Mais le statut des « régimes particuliers » issu d'un décret de 1958 avait été maintenu jusqu'au décret de 2001. L'instruction comptable M 22 de juin 2000 a soldé le compte « excédent des régimes particulier » dans les réserves de trésorerie.

Force est de constater que les tarifs afférents à l'hébergement sont de plus en plus chers et pèsent sur le « reste à charge » (RAC) et le « reste à vivre » (RAV) des résidents (cf : 55 propositions de l'ADF sur la perte d'autonomie). Mais, la principale difficulté n'est pas tant le prix à l'entrée que les ressauts tarifaires en cours de séjour (2 à 3 ans en moyens mais 3 à 4 exercices budgétaires).

Une personne âgée dépendante qui entre en EHPAD en octobre avec un prix de journée qu'elle peut payer (par exemple 55 euros) trouve insupportable de connaître en juin de l'année suivante un tarif administré qui augmente de 5 euros du fait de la reprise d'un déficit sur les exercices passés, du toilettage du bilan (provisions, créances douteuses voire irrécouvrables) du nouveau comptable public...

Ces augmentations ne peuvent pas être dans tous les cas expliquées par une amélioration de la qualité de la prise en charge, la présence d'un personnel plus nombreux « au pied du lit » ou une restructuration immobilière...

Aussi, le résident doit revoir son plan de financement de son hébergement, faire appel à ses obligés alimentaires, demander l'aide sociale du département, voir changer d'EHPAD ou retourner dans un domicile...

Cela entraîne des drames humains et la prise à partie des élus locaux tarificateurs. Certains directeurs d'EHPAD peuvent aller jusqu'à faire un contentieux de la tarification pour obtenir des tarifs administrés plus élevés et soutenir l'action des familles qui protestent comme la « trop forte » augmentation déjà acceptée par le PCG.

Le CPOM doit donc assurer la continuité du séjour à un prix abordable sur toute sa durée, en prévoyant que le tarif des résidents entrés dans l'un des EHPAD ne peut être revalorisé au 1^{er} janvier de chaque nouvelle année du séjour que dans la limite du taux fixé par la DGCCRF en application de l'article L.342-3 du CASF. Cette clause d'actualisation doit aussi être inscrite dans le contrat de séjour de chaque résident.

Le CPOM devrait prévoir que l'organisme gestionnaire soumet à la validation du PCG tarificateur les nouveaux tarifs qui seront appliqués aux nouveaux résidents qui vont entrer après le 1^{er} janvier de l'exercice à venir. Ces nouveaux tarifs sont ensuite aussi revalorisés les années suivantes en application de l'article L.342-3 du CASF.

Le CPOM devrait aussi prévoir une clause de révision générale des tarifs en cas de restructuration, d'investissements immobiliers importants ou d'évènements exogènes (hausse de TVA, inflation...).

Le département devrait intervenir dans la validation des tarifs proposés, en se basant sur un référentiel départemental des prestations et des coûts, visant à aller vers des tarifs offrant un rapport services rendus / qualité / prix, et non plus, en fonction des charges historiques entraînant des tarifs élevés sans rapport avec la densité et la qualité des services (bâti, restauration, accueil, animation...). Ainsi, certains tarifs afférents à l'hébergement de certains EHPAD et USLD hospitaliers pourraient être alignés sur les tarifs des EHPAD publics sociaux autonomes ; ce qui mettrait fin aux opérations dites de « sincérité des comptes » se traduisant par des transferts de charges du budget principal hospitalier (MCOO, SSR) vers les budgets annexes EHPAD.

En application de la proposition 37 de l'ADF (cf. encadré ci-dessous), les ressources des résidents ne relevant pas de l'aide sociale départementale à l'hébergement des personnes âgées pourraient être prises en compte pour différencier les tarifs relatifs à l'hébergement en application de la convention d'aide sociale prévue à l'article L.342-3-1 du CASF.

Les 55 propositions de l'ADF sur la perte d'autonomie

Les EHPAD publics et associatifs habilités à l'aide sociale départementale relevant d'une tarification administrée par les conseils généraux « tirent des tarifs d'hébergement vers le bas » en raison d'un fort subventionnement des investissements immobiliers et mobiliers qui évite le recours à des emprunts et neutralise les coûts induits par les dotations aux amortissements (mécanismes comptables des subventions amortissables et transférables, des amortissements dérogatoires ou des provisions réglementées permises par les instructions comptables propres aux établissements sociaux et médico-sociaux).

Pourtant, ces places d'un très bon rapport qualité-prix sont parfois occupées, du fait d'un réseau relationnel, par des personnes ne relevant pas de l'aide sociale. On assiste, comme dans le logement social, au phénomène où des places en EHPAD chères et de moindre qualité sont occupées par des bénéficiaires de l'aide sociale alors que des places moins chères et de plus grande qualité sont occupées par des personnes plus favorisées bénéficiant de plus d'avantages fiscaux.

Comme dans le logement social, la pertinence et la faisabilité d'un « sur loyer » devraient être étudiées afin de trouver un point d'équilibre entre la « mixité sociale » et la « solidarité inter-résidents » dans ces EHPAD. Cette « solidarité inter-résidents » ne doit bien évidemment pas remplacer les solidarités plus collectives.

Le « sur loyer » devrait être prévu et formaté dans le cadre de la convention d'aide sociale entre l'établissement et le conseil général prévu à l'article L.342-3-1 du CASF.

Les produits supplémentaires générés par le « sur loyer » devraient être uniquement affectés au renouvellement et au développement des investissements et à l'animation de la vie sociale de l'EHPAD.

En cas de discrimination négative des admissions au détriment des bénéficiaires de l'aide sociale, le « sur loyer » doit être supprimé et les subventions des autorités publiques (départements, CNSA) reversées. Le transfert de gestion à un autre organisme respectueux des engagements contractuels doit être aussi prévu et devenir effectif.

Proposition 37 : Etudier la faisabilité d'un « sur loyer de solidarité » dans le cadre de la convention d'aide sociale prévue à l'article L.342-3-1 du CASF, pour les non bénéficiaires de l'aide sociale dans les EHPAD totalement habilités à l'aide sociale départementale.

Les tarifs et redevances libres (repas des visiteurs, suppléments divers, redevances du coiffeur...) doivent aussi être précisés dans le CPOM.

Ces assouplissements tarifaires sur les non bénéficiaires de l'aide sociale doivent viser à renforcer la capacité d'autofinancement des investissements (CAF) des EHPAD et non « leur train de vie » en fonctionnement.

La CAF d'un exercice, c'est le résultat comptable, les provisions et les amortissements. Aussi, des amortissements courts, voire dégressifs, réduisent le résultat comptable à

affecter mais sont neutres sur la CAF (c'est ce qu'on appelle « saturer le groupe fonctionnel III).

Rappelons que l'excédent dans le cadre d'un CPOM peut être affecté librement :

- ✚ au compte 10683 : excédent affecté à l'investissement d'un CPOM,
- ✚ au compte 115114 : excédent affecté au financement d'un CPOM.

9. Habilitation totale et partielle à l'aide sociale départementale

Aujourd'hui en moyenne, en France métropolitaine, dans les EHPAD habilités en général à 100 % à l'aide sociale (les EPSMS et les EHPAD annexés à un EPS sont automatiquement habilités à 100% à l'aide sociale), 20 % des résidents relèvent effectivement de l'aide sociale.

Ces résidents relevant de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (ASPA) sont rarement des « indigents » et ils participent largement au paiement de leur prix de journée. Il y a même un paradoxe : plus le prix de journée est élevé, plus il y a de bénéficiaires de l'aide sociale, plus le rapport qualité prix est mauvais (cas AP-HP).

La conclusion d'une convention d'aide sociale prévue à l'article L.342-3-1 du CASF permet d'éviter la deshabilitation partielle à l'aide sociale que des EHPAD sont tentés de demander pour retrouver des marges budgétaires.

Le CPOM doit prévoir des mesures pour prévenir, éviter et sanctionner l'éviction qui pourrait survenir des bénéficiaires de l'aide sociale :

- ✚ retrait complet de l'habilitation et de l'autorisation ;
- ✚ retour à une tarification administrée complète ;
- ✚ reversement des subventions ;
- ✚ reprise des résultats excédentaires après réformation...

L'habilitation partielle et la convention d'aide sociale relevant de l'article L.342-3-1 du CASF devraient permettre aux EHPAD privés à but non lucratif de se voir appliquer par les services fiscaux la règle des 4 « P »³ ; et donc d'être soumis sur l'hébergement et la dépendance à la TVA à taux réduit soit 5,5 % et d'être exonérés de la taxe sur les salaires, ce qui permet de baisser les tarifs « hébergement » de 3 à 5 euros (cf. proposition 24 des 55 propositions de l'ADF sur la perte d'autonomie)...

10. Les outils financiers d'un CPOM

Les modes de calcul et de revalorisation des tarifs étant fixés dans le CPOM, il n'y a plus lieu de présenter à l'approbation des autorités de tarification des budgets prévisionnels présentés par groupes fonctionnels et sections tarifaires.

L'organisme gestionnaire présente un EPRD dès qu'il a connaissance de ses tarifs.

³ 4 « P » avec P comme Produit, P comme Prix, P comme Public et P comme Publicité

En application du nouvel article L.314-2 et malgré l'absence de décret d'application, le financement par différents forfaits entraîne le remplacement des sections tarifaires par des comptes d'emploi.

L'article L314-7-1 du CASF prévoit qu'un arrêté interministériel fixe le modèle d'EPRD. Sur le modèle d'EPRD⁴ social et médico-social qui circule l'ADF a demandé l'ajout de dernières lignes sur la situation de trésorerie prévisionnelle afin de pouvoir, le cas échéant, engager la procédure de remédiation financière prévue à l'article L313-14-1 du CASF.

L'EPRD d'un CPOM d'EHPAD a comme compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) comme le siège social agréé ou l'EHPAD le plus important. Les autres EHPAD et les autres structures incluses dans le CPOM (SSIAD, ex DNA de l'article R.314-74 du CASF) sont dans les comptes de résultats prévisionnels annexes (CRPA).

En application du II de l'article L.313-1-1, des EHPAD même multi-sites pourraient fusionner dans le cadre du CPOM. Il pourrait en être de même pour les budgets annexes hospitaliers.

Les comptes d'emploi « hébergement » « dépendance » « soins » doivent être présentés ensemble avec un tableau de recollement qui doit permettre de vérifier si la somme de ces trois comptes d'emploi est bien égale au compte administratif dans les EPSMS et au compte de résultat dans les établissements associatifs et commerciaux.

Cette présentation en trois comptes d'emploi doit aussi concerner les CPOM d'EHPAD commerciaux. Certes, le DGARS et le PCG n'ont pas de pouvoir de tarification sur l'hébergement de ces EHPAD non habilités à l'aide et non conventionnés APL, mais ils ont le droit de s'assurer de l'absence de transferts de charges directs (dépenses imputées sur la dépendance relevant de l'hébergement) ou indirects (absence de personnel en nombre suffisant sur l'hébergement dans certains métiers entraînant inévitablement l'accomplissement de tâches par les autres personnels imputés sur la dépendance et/ou sur les soins).

Le VI de l'article 63 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a abrogé le premier et le dernier alinéa du V de l'article L.314-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF) afin de permettre la transmission du compte d'emploi « hébergement » aux autorités de tarification et de contrôle.

Il s'agit de garantir la transparence financière des établissements commerciaux accueillant des personnes âgées dépendantes comme l'a voulu le législateur. Cette nécessaire transparence financière des EHPAD commerciaux est prévue à l'article R.314-101 qui renvoie notamment sur les articles R.314-60 et R.314-100. Ces articles avaient d'ailleurs fait l'objet d'un recours contentieux que les requérants avaient perdu (contentieux n°262907, 263052, 263053, ARSEA, UNIFED, SYNERPA contre la ministre de l'emploi et de la solidarité, Conseil d'Etat statuant au contentieux, 1^{er} avril 2005).

⁴ Un Power Point sur « L'EPRD » peut vous être transmis ou téléchargé

Dans le cadre du projet de loi visant à renforcer la sécurité des consommateurs, l'ADF a fait voter par le Sénat un amendement ajoutant un IV à l'article L.312-1 du CASF afin d'assurer la publication sur le site dédié du *Journal officiel* des comptes annuels certifiés par un commissaire aux comptes de tous les organismes gestionnaires des ESSMS. Aussi, il sera possible de constituer des « centrales de bilans » de ces organismes gestionnaires en fonction de leurs statuts et de leurs activités.

En plus de ces trois comptes d'emploi et de l'EPRD que le CPOM doit prévoir en l'absence de publication des textes réglementaires, vous pouvez prévoir la transmission d'autres comptes d'emploi et de CRPA correspondant à des dépenses et des recettes forfaitaires spécifiques :

- ✚ Forfaits transport à la charge de l'assurance maladie en accueil de jour ;
- ✚ PASA-UHR ;
- ✚ Ancienne DNA (article R314-74 du CASF) dans les EPSMS dont l'excédent doit être affecté à l'investissement de l'EHPAD.

S'agissant du plan pluriannuel de financement des investissements (PPFI), au lieu d'en avoir un par EHPAD, il ne peut y en avoir qu'un seul.

Plutôt que d'avoir à approuver ce PPFI, il apparaît préférable de prévoir dans le CPOM que l'organisme gestionnaire s'engage à revenir et/ou à respecter les grands équilibres financiers décrits à l'article D.314-205 du CASF. Le dialogue de gestion annuel doit alors systématiquement examiner ce point.

L'évaluation externe doit être commune à tous les EHPAD du CPOM et son financement et son amortissement prévus au PPFI.

Les évaluations externes n'intervenant que tous les 5 ans, il ne s'agit pas d'une dépense annuelle de fonctionnement courant (*compte 617 : Etudes et de recherches*) mais d'une immobilisation incorporelle amortissable sur 3 à 5 ans (*compte 2013 : frais d'évaluation*) comme le précise d'ailleurs très clairement l'instruction comptable M 22 annexée à l'arrêté du 10 novembre 2008.

Les dispositions réglementaires de 1999-2001 relatives à la tarification des EHPAD sont, cela a déjà été précisé, « tombées » puisqu'elles ne sont pas en cohérence avec le nouvel article L.314-2 du CASF qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2010. De plus, ces textes antérieurs à loi du 2 janvier 2002 n'ont pas pris en compte la répartition du financement des évaluations des EHPAD.

L'ADF a fait voter dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 un amendement qui insère dans le CASF un nouvel article L.312-8-2 qui prévoit le partage des amortissements des évaluations externes dans les EHPAD et les FAM. Un prochain article D.312-207 du CASF devrait préciser la répartition des charges d'amortissement de ces évaluations externes. En l'attente de ce texte réglementaire, cela peut faire l'objet d'un accord contractuel entre les parties signataires.

11. Particularisme des EHPAD en budget annexe hospitalier

L'affectation des résultats dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

Les hôpitaux publics gèrent, dans le cadre de budgets annexes, des établissements sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L.312-1 du CASF (environ 1500 ESSMS dont 1200 maisons de retraite) et des unités de soins de longue durée (800 environ) relevant du code de la santé publique (CSP).

En 2010, la DGOS a modifié par décret les règles d'affectation des résultats de ces budgets annexes, sans concertation avec les départements et surtout sans l'avis de la CCEN. Or, ces modifications ne sont pas sans incidences financières pour les conseils généraux, notamment sur les tarifs relatifs à l'hébergement et à la dépendance dans les EHPAD.

Jusqu'alors, les anciennes DGAS et DHOS s'assuraient d'une homogénéisation des règles en matière d'affectation des résultats des ESSMS par un alignement de ces règles sur l'article R.314-51 du CASF, ça n'est plus le cas aujourd'hui.

Le pouvoir réglementaire d'affectation des résultats des ESSMS d'un directeur d'hôpital public (nouvel article R.6145-51 du code de la santé publique (CSP) pour les budgets annexes qui renvoie à l'article R.6145-49 de ce même CSP), selon des modalités plus restrictives que celles de l'article R.314-51 du CASF, n'enlève en rien le pouvoir de tarification du président du conseil général que lui reconnaît la législation et la réglementation du CASF.

Aussi, si un directeur décide d'affecter un déficit en majoration des tarifs relatifs à l'hébergement dans un EHPAD hospitalier, le président du conseil général peut ne pas en tenir compte dans la détermination et la fixation par arrêté de ses tarifs.

Le pouvoir de l'un ne peut primer sur celui de l'autre. Cependant, le directeur devra tenir compte - dans son état prévisionnel des dépenses et des recettes (EPRD) - du montant des tarifs arrêtés par le président du conseil général, qu'il percevra, et non des tarifs souhaités qu'il ne pourra pas percevoir.

Par ailleurs, en application de l'article R.314-52 du CASF, le président du conseil général garde son pouvoir de réformation des résultats que le directeur doit prendre en compte dans son EPRD.

L'article R.6145-50 du code de la santé publique (CSP) a même pour conséquence d'entraîner l'affectation des déficits, comme pour le budget principal, au seul compte de report à nouveau déficitaire. Le report à nouveau déficitaire d'un EHPAD dans un hôpital public ne peut être compensé que par un futur report à nouveau excédentaire.

Le CPOM d'EHPAD et d'USLD en budgets annexes d'un EPS devra donc préciser les règles du jeu communes en matière d'affectation des résultats.

Le plan global de financement des investissements d'un EPS.

S'il est soumis au DGARS, il ne l'est pas au PCG, notamment sur la partie des investissements relatifs aux ESMS relevant de sa compétence tarifaire. Cela a pour conséquence que le PCG n'est pas obligé de prendre en compte les incidences financières de ces investissements dans la détermination de ses tarifs.

Le CPOM doit permettre de fixer des règles en la matière.

Deux forfaits globaux relatifs aux soins

Le CPOM des EHPAD et USLD en budgets annexes hospitaliers a pour conséquence, en l'état actuel de la législation, la fixation par le DGARS d'un forfait global « soins » financé par l'ONDAM et l'OGD personnes âgées gérés par la CNSA et un forfait global USLD géré par la DGOS. L'ADF demande la fusion de ces deux enveloppes (proposition 51 des 55 propositions de l'ADF sur la perte d'autonomie). Cette proposition a été voté par le Sénat dans le cadre du PLFFS pour 2012.

Liste des sigles utilisés

ADF : Assemblée des départements de France
AIS : actes infirmiers de soins
AMI : actes médicaux infirmiers
AMP : aide médico-psychologique
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARS : agence régionale de santé
AS : aide soignant
AS-AMP : aide soignant-aide médico-psychologique
CADA : commission d'accès aux documents administratifs
CAF : capacité d'autofinancement
CASF : code de l'action sociale et des familles
CCAS : Caisse Centrale d'Activités Sociales
CCEN : Commission Consultative d'Evaluation des Normes
CCU : Convention Collective Unique
CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales
CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CNCT : convention nationale collective du travail
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM : caisse régionale d'assurance maladie
CRPA : compte de résultat prévisionnel annexe
CRPP : compte de résultat prévisionnel principal
CSP : code de santé publique
DDASS : direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
DDSR : dépendance domestique sociale et relationnelle
DGF : dotation globale de financement
DGARS : Directeur général de l'agence régionale de santé
DGAS : direction générale de l'action sociale
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DNA : dotation non affectée (article R.314-75 du CASF)

EHESP : école de hautes études en santé publique (ex ENSP)
EHPAD : établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
ENSP : école nationale de la santé publique (devenue EHESP)
EPS : établissement public de santé
EPRD : État des prévisions de recettes et de dépenses
EPSMS : établissement public social et médico-social
ESAT : établissement ou service d'aide par le travail
ESSMS : établissements des services sociaux et médico-sociaux
ETP : Equivalent temps plein.
GCSMS : Groupement de Coopérations Sociales et Médico-Sociales
GIR : groupes iso-ressources
GMP : Gir iso-ressources moyen pondéré
GMPS : Gir iso-ressources moyen pondéré « soins »
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
MCOO : médecine chirurgie obstétrique oncologie
OGD : objection de gestion déléguée
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PASA : pôles d'activité et de soins adaptés
PCG : président du conseil général
PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMP : pathos moyen pondéré
PPFI : plan pluriannuel de financement des investissements
PSD : Prestation spécifique dépendance
PUI : pharmacie à usage intérieur
RAC : reste à charge
RAV : reste à vivre
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : soin de suite et de rééducation
TVA : taxe sur la valeur ajoutée
UHR : unité d'hébergement renforcé
USLD : unités de soins de longue durée

Annexe 1 : la nouvelle grille AGGIR

La nouvelle grille AGGIR

Dr Vétel, pôle de gériatrie, centre hospitalier du Mans

Le décret relatif au guide de remplissage de la nouvelle version de grille nationale AGGIR a été publié au Journal officiel du 21 Août 2008.

Cette publication a eu pour effet de rendre obligatoire et opposable l'utilisation de cette nouvelle grille dès le 22 Août 2008.

L'objet de cet article a pour but de souligner les modifications apportées par rapport au précédent guide de remplissage publié au JO du 30 Avril 1997 à l'occasion de la mise en place de la PSD (Prestation spécifique dépendance) qui a précédé la mise en place de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

L'outil AGGIR est désormais utilisé dans le vaste champ médico-social institutionnel géré par les Conseils généraux (APA, Prestation de Compensation du Handicap ou PCH).

On citera aussi les demandes de prestation de la CNAV pour les GIR 5 et 6 ainsi que les assurances contractuelles relatives à la dépendance.

Par rapport à l'ancienne version, la grille comporte toujours :

- 10 variables discriminantes (variables dont la cotation servira à calculer le GIR)
- et
- 7 variables illustratives (non intégrées dans le calcul du GIR mais indispensables pour connaître quelques éléments de la vie quotidienne (à compléter bien sûr par des questions environnementales et sur les souhaits de la personne)).

2 logiques président au girage d'un résident :

- Une logique de conduite d'observation et d'entretien, voulue ici comme décrivant approximativement le déroulement habituel des activités tout au long d'une journée.
- Une logique d'enrichissement des variables par les autres : l'abord d'une nouvelle question doit permettre de confirmer les informations obtenues précédemment à partir des questions antérieures et/ou de bénéficier de ces informations dans la réponse qu'elle doit apporter.

1/ CE QUI N'A PAS CHANGE

La liste des cotations possibles pour chaque variable comprend les mêmes modalités A, B ou C que l'on traduit schématiquement par : fait sans problème, fait partiellement, ne fait pas ou il faut faire refaire.

L'algorithme permettant de définir le groupe iso ressource (GIR) est strictement identique.

2/ Les nouveautés

Chaque variable est mieux définie par 4 adverbes :

Spontanément, totalement, correctement, habituellement (S, T, C, H)
Le guide d'utilisation donne toute précision pour chaque item.

La nouvelle grille du logiciel de calcul donne un nouvel ordre plus logique de cotation.

Cet ordre inclue toutes les variables discriminantes et illustratives (17 variables), et dans un ordre logique qui correspond au déroulement d'une journée type à partir du réveil. L'analyse des fonctions supérieures (cohérence, orientation) est grandement facilitée par le fait que ces deux variables sont renseignées en dernier, ce qui permet de rectifier certaines erreurs d'appréciation.

Pour plus de compréhension de la part des évaluateurs, deux nouvelles sous-variables sont introduites pour les items COHERENCE et ORIENTATION.

La COHERENCE a été scindée en deux sous variables COMMUNICATION et COMPORTEMENT.

L'ancienne grille s'intéressait au fait de savoir si une personne se « comportait » ou « conversait » de façon sensée, ce que les évaluateurs pouvaient avoir des difficultés à analyser puis globaliser.

D'authentiques malades d'Alzheimer gardent longtemps une communication de bonne qualité, mais peuvent avoir pourtant déjà des roubles du comportement, les combinaisons suivantes des deux sous variables : AC CA CB BC sont cotées C, ce qui est « favorable » aux malades.

ORIENTATION a été scindée en **Orientation dans l'espace** et **Orientation dans le temps**

L'ancienne grille comprenait une seule question concernant l'orientation globale dans le temps, dans l'espace et dans les lieux, ce qui pouvait aboutir à une cotation B pour les personnes orientées dans le temps (A) mais incapables de se repérer dans l'espace ou dans les lieux (C).

La nouvelle cotation intègre d'avantage la désorientation ;
Le logiciel retient C pour la combinaison des sous variables suivantes : AC BC CB CA CC.

Au total

Sur le plan pratique, les utilisateurs formés à l'ancienne grille n'ont aucune difficulté à s'approprier une nouvelle grille conceptuellement identique.

Le remplissage est un peu plus long avec l'obligation de coder les 4 adverbes mais seulement dès que la personne ne fait une action que partiellement.

La cotation des item COHERENCE et ORIENTATION rend mieux compte de l'altération des fonctions supérieures.

L'observation faite dans les EHPAD lors de l'évaluation des GMP (GIR moyen pondéré) montre que globalement les GMP ont été très peu modifiés.

L'intérêt réside dans une meilleure connaissance de la personne évaluée en B pour chaque variable, les adverbes ciblant les types de difficultés rencontrées et permettant par ailleurs d'affiner les plans d'aide.

Annexe 2 : la validation AGGIR pathos

Propositions d'évolution pour la Procédure de Validation AGGIR en EHPAD

Dr Vétel, pôle de gériatrie, centre hospitalier du Mans

Introduction :

L'esprit de ce document est d'aller vers une homogénéisation et une quasi simultanéité des procédures pour les validations AGGIR et PATHOS avec un rapprochement des « valideurs » de l'ARS et du Conseil général.

La validation simultanée(ou très rapprochée) du GMP et du PMP devrait permettre de :

- Mettre en cohérence dans le temps les indicateurs sur lesquels reposent la tarification et le niveau de financement à allouer aux établissements pour une période considérée.
- Répondre aux demandes des médecins coordonnateurs et des responsables chargés de la validation car les deux évaluations sont indissociables pour apprécier au mieux les soins de base et les soins requis à un moment donné.

Rappelons que les textes élaborés par la CNAM qui régissent les actuelles validations sont anciens (et concernaient l'ancienne version d'AGGIR sans les adverbess), peu précis et pouvant laisser place à interprétation, ce qui rend, de fait, la procédure inégale au plan national.

La mise en œuvre des procédures de validation et de contrôle prévue à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à été modifiée par de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Les dispositions du nouvel article L 314-9 issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 maintiennent deux principes qui doivent être mis en œuvre par les Agences régionales de Santé (ARS) :

« L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 **est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé** territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La procédure de validation AGGIR que nous proposons pourrait (à l'instar de ce qui est déjà fait pour PATHOS) comprendre 2 phases :

- a) l'analyse préalable des documents de la base déclarative totale AGGIR adressée par l'établissement au conseil Général préalablement à la visite de validation,
puis
- b) la validation sur le terrain dans l'EHPAD.

Les changements par rapport à ce qui se fait aujourd'hui concerneraient :

- Le calendrier qui devrait être établi conjointement entre CG et ARS (accord sur les établissements éligibles),
- Le dépôt de la base à valider sur la plate-forme sécurisée de la CNSA (exigences de la CNIL au regard de données partiellement anonymisées), les « valideurs » (médecin ou infirmière) du conseil général comme leurs confrères de l'ARS récupérant l'information AGGIR sur cette plate forme informatique comme cela est fait pour PATHOS,
- Le ciblage préférentiel de l'échantillon (attention particulière aux patients GIR 2, 3 et 4 compte tenu du poids des coefficients sans pour autant exclure les autres GIR),
- L'évaluation du taux d'erreur, non plus sur les variables discriminantes mais plus pragmatiquement sur des erreurs se traduisant par modification du GIR de la personne (adaptation en lien avec utilisation du new AGGIR).

1/ Analyse préalable des documents déclaratifs transmis par l'EHPAD

Après évaluation par le médecin et l'IDE coordonnatrice du GIR de tous les résidents de 60 ans et plus (hors hébergement temporaire et accueil de jour), la structure dépose la base ou les bases sur la plate forme sécurisée GALAAD pour « pour contrôle et validation par un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'ARS territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé».

Lors de la réception de la base AGGIR/PATHOS adressée par l'établissement, le logiciel GALAAD dans ses « fonctions avancées » permettrait également au « valideur » du conseil général, auquel on donnerait accès à cette base informatique, de détecter les incohérence « à priori » du codage déclaratif sur les 17 variables d'AGGIR ainsi que les incohérences « à priori » entre les codage AGGIR et PATHOS de chaque résident.

Cette vérification qualitative permet de détecter des insuffisances ou des contradictions :

- ✓ soit du codage des variables d'AGGIR entre elles,
- ✓ soit de codage entre AGGIR et PATHOS.

Exemple :

Un résident ne peut avoir dans AGGIR déplacement intérieur A si il est cohérence C et orientation C.

Un résident ne peut avoir cohérence C et orientation C et aucune pathologie cérébrale dans PATHOS.

A la suite de cette première analyse de la base, le « valideur » du Conseil Général constituerait, par un tirage au sort, son échantillon aléatoire comprenant **au minimum** 10% de l'effectif de l'EHPAD, avec un minimum de 20 dossiers dans les GIR 2,3,4 de l'EHPAD (notre proposition serait de n'échantillonner que sur ces GIR et pas sur le GIR 1 pour lequel il est plus difficile de commettre des erreurs de codage (le valideur pourrait en plus contrôler rapidement quelques GIR1 pour s'assurer de l'absence de toute dérive dans ce sens....).

Le valideur du conseil général peut bien sûr contrôler autant de dossiers qu'il le souhaite comme ce qui est fait pour la validation PATHOS avec les médecins de l'ARS (qui contrôlent près de 50% des dossiers).

La procédure d'échantillonnage inclue éventuellement, les dossiers repérés comme étant « a priori » à problème par le logiciel Fonctions Avancées de GALAAD, et qui ne sont pas déjà dans l'échantillon.

2/ La visite de validation sur le terrain

Il serait très souhaitable que la validation de la coupe PATHOS et de la coupe AGGIR soient au mieux réalisées le même jour, au pire à quelques jours de distance afin d'avoir le descriptif quasi simultané de la perte d'autonomie et des maladies des malades et non séparés de plusieurs mois comme c'est fréquemment le cas....l'analyse des données des coupes en serait grandement améliorée...

La validation est effectuée par une personne (médecin ou infirmière) désignée par le Conseil Général formée à l'évaluation AGGIR et à la conduite de la validation en présence du référent soignant AGGIR de l'établissement, du médecin coordonnateur et si besoin du personnel s'occupant précisément de chaque résident.

Le principe de la formation « officielle » comme pour PATHOS, des référents de l'EHPAD au modèle AGGIR devrait être un pré-requis incontournable.

Pour les résidents de l'échantillon concerné, l'établissement doit fournir tous documents écrits permettant de vérifier la perte d'autonomie annoncée (les fiches de soins, dossier soin, dossier médical, plan d'aide, fiche de rééducation, actes de prévention effectués).

La validation dans l'EHPAD sur dossier de chaque résident sera complétée par une visite à l'intéressé afin de bien confirmer les documents présentés.

3/ A l'issue de la validation sur site :

- Soit il n'y a aucun désaccord lors de la validation et la totalité de la base est validée ;
- Soit les parties se sont mises d'accord pour d'éventuelles modifications immédiates de l'échantillon et le nombre de changement de GIR « redressés » est inférieur à 4/20 résidents (soit <25% du nombre de résidents contrôlés), la totalité de la base est validée et le PV de validation est signé ;
- Soit le nombre de changements de GIR est supérieur ou égal à 5 (soit >25% des contrôlés) et l'établissement doit revoir sa coupe en totalité et une nouvelle validation aura lieu ;
- En cas de désaccord persistant les cas litigieux sont adressés à la CRCM et la procédure de validation est suspendue ainsi que la règle des 3 mois.

Enfin, on peut s'interroger sur l'utilité des Girages annuels (en tout cas sur site), tel que cela est effectué dans de nombreux départements, compte tenu de la stabilité dans le temps de la perte d'autonomie moyenne d'un établissement (sauf cas particulier).

Pourquoi ne pas réfléchir à une validation du GMP sur pièces ? : Si l'analyse de la base adressée sur la plate forme informatique GALAAD par l'établissement tous les 2 ou 3 ans est sans incohérence de codage (ce qui est une preuve de sa qualité) et si le GMP n'a pas varié de plus de 5% au regard de la dernière validation sur site, le GMP déclaratif pourrait être retenu pour cette analyse intermédiaire, une validation sur site ne serait alors refaite que tous les 5 ans, sauf situation particulière.

Annexe 3 : le dispositif de formation grille AGGIR

Note concernant le dispositif pédagogique mis en place pour les modèles AGGIR/PATHOS

Dr Vétel, pôle de gériatrie, centre hospitalier du Mans

1/ Problématique :

- Effectuer les formations les plus homogènes possibles sur le territoire national afin d'assurer en aval la meilleure précision et homogénéité des codages avec le moins de litiges possibles avec les médecins valideurs du conseil général et de l'ARS.
- Former annuellement le médecin coordinateur, l'infirmière référente et le directeur de 1500 EHPAD primo conventionnantes ou en renouvellement de convention tripartite.

2/ Le dispositif opérationnel depuis 3 ans pour Pathos :

60 médecins enseignants (30 médecins ARS et 30 gériatres de terrain) ont été individuellement formés et validés par le Dr Vétel.

Ces tandems enseignants, référents régionaux validés ARS/Gériatre, effectuent à la demande de l'ARS selon les besoins 2 ou 3 séances de formation par an à destination des EHPAD/SLD entrant dans le champ du conventionnement tri partite. Ils sont également à disposition des EHPAD pour les aider dans le codage de leurs résidents, et seront par ailleurs membres de la CRCM (commission régionale d'appel en cas de litige de codage).

Les séances de formations régionales organisées par l'ARS chaque fois pour une trentaine d'EHPAD regroupent les médecins coordonateurs et cadre de santé d'une trentaine d'EHPAD. Ces séances utilisent, dans un souci d'homogénéité, les documents pédagogiques nationaux PATHOS mis à disposition par la CNSA.

La présence des médecins coordonnateurs est obligatoire et une attestation de présence officielle est délivrée par l'ARS condition sine qua non à la visite ultérieure du valideur ARS.

3/ Proposition pour faire évoluer les formations AGGIR

Un dispositif comparable mais avec la participation d'un référent enseignant AGGIR désignés par les conseils généraux de la région pourrait avec l'ARS et le gériatre effectuer avec les documents pédagogiques nationaux AGGIR de la CNSA, 2 ou 3 séances de formation régionales par an à destination des EHPAD/SLD entrant chaque année dans le champ du conventionnement ou du re conventionnement tri partite(car le personnel change beaucoup dans les établissements).

Comme pour Pathos une attestation de présence officielle serait délivrée, condition sine qua non à la visite ultérieure du valideur de chaque conseil général.

En conclusion :

Le dispositif pédagogique actuellement opérationnel pour Pathos nous semble optimal compte tenu de « l'objectif-qualité » de codage souhaité et de réduction au minimum des litiges de codage.

L'exemple de ce qui avait été fait autrefois pour AGGIR en EHPAD est à cet égard édifiant : Si dans certains départements des formations régulières diligentées par le conseil général ont bien eu lieu, ailleurs la liberté de l'enseignement s'est souvent traduite par une totale absence de formation pour beaucoup, ou bien par des formations délivrées par des organismes de formation aux messages fantaisistes pour d'autres avec souvent des concepts fondamentaux d'AGGIR non compris des enseignants eux mêmes !! On voit bien les failles du « laisser faire » dans ce domaine pourtant aux lourdes conséquences financières.

La mise en place du NEW AGGIR avec un enseignement régional officiel et validé calqué sur la procédure pédagogique PATHOS devrait permettre d'améliorer la qualité de l'évaluation par les EHPAD d'AGGIR.

Annexe 4 : foire aux questions

« Foire aux questions » sur ce guide :

jeanpierre.hardy@departement.org

Forum aux questions n°1 par les premiers lecteurs de la version « martyre » de ce guide (décembre 2011)

1. La tarification de l'hébergement proposée par le guide n'en fait-elle pas ne devient-elle pas une tarification « par solde », voire une « tarification balai » ?

La tarification proposée par le guide vise à passer sur les trois composantes (soins, dépendance, hébergement) de la prise en charge en EHPAD, d'une tarification en fonction des « charges et des besoins historiques des structures » à une tarification en fonction « des besoins des personnes et des ressources publiques disponibles ».

Les EHPAD vont percevoir un forfait global relatif aux soins et un forfait global relatif à la dépendance.

Dans le respect strict de ces forfaits, ils vont préciser dans la convention tripartite (qui va prendre une nouvelle dimension) ou le CPOM, la façon dont ils vont utiliser ces ressources :

- le projet de soins ;
- la fourchette de postes d'infirmières à recruter sur les soins ;
- l'articulation entre des infirmiers salariés et l'éventuel maintien d'interventions d'infirmiers libéraux ;
- les coopérations en matière de gestion des médicaments ;
- la fourchette de postes d'AS-AMP à recruter sur les soins ;
- la fourchette de postes d'AS-AMP à recruter sur la dépendance;
- la fourchette de postes d'agents de service à recruter sur la dépendance;
- la fourchette de postes d'agents de service à recruter sur l'hébergement;
- les directions communes sur les petits EHPAD publics en application de la loi HPST...

Ces forfaits globaux « soins » et « dépendance » sont des ressources limitatives qui ne peuvent financer que des dépenses très précisément définies.

Si un EHPAD réalise des dépenses plus importantes que ces ressources disponibles, il ne pourra pas les transférer sur l'hébergement puisque le président du conseil général pourra les déclarer comme étant abusives.

Les comptes d'emploi afférents aux différentes ressources de l'EHPAD, un tableau de recollement permettant aux autorités de contrôle de s'assurer que la somme des différents comptes d'emploi correspond bien au compte de résultat dudit EHPAD,

permettra de repérer les dépenses abusivement transférées sur une source de financement qui ne peut pas les prendre en compte.

Par exemple, le président du conseil général pourra déclarer comme étant abusive un poste d'infirmier non financé par le forfait global relatif aux soins et dont le coût a été transféré sur la dépendance, voire, l'hébergement.

Par contre, cette tarification permet une plus grande souplesse que l'ancienne réglementation de 1999-2011 sur la répartition des postes d'agents de service entre l'hébergement et la dépendance et les AS-AMP entre les soins et la dépendance, sachant que le cadrage de ces répartitions sera effectué dans la convention tripartite incluant la convention d'aide sociale ou dans le CPOM.

Les retards dans les conventionnements de « deuxième génération » dite de « pathossification » proviennent en grande partie du fait qu'une augmentation des crédits disponibles sur l'une ou l'autre des anciennes sections devait être obligatoirement « suivie » par l'autre financeur. L'interdépendance des financements avait pour effet d'entraîner, soit un alignement du rythme de conventionnement sur les moyens « du plus pauvre », soit une obligation pour « le plus pauvre de s'aligner sur le riche ».

Cette tarification vise aussi à passer d'un régime « tutélaire » à un régime réellement contractuel.

2. En quoi les modalités de la tarification de l'hébergement proposée par le guide peuvent-elles avoir des conséquences positives sur le « reste à charge » des résidents?

Rappelons que la réforme de 1999-2001 avait pour effet mécanique de baisser les tarifs « hébergement », mais cette économie pour l'utilisateur a finalement financé l'amélioration de la qualité du service et le passage aux 35 H.

Les résidents sont redevables aujourd'hui de leur tarif hébergement et du tarif GIR 5-6. Aujourd'hui, le « reste à charge » n'est fonction ni du niveau de ressources, ni du niveau des prestations servies.

En fixant une certaine valeur départementale du point dépendance pour le calcul des forfaits globaux relatifs à la dépendance ($GMP * \text{valeur départementale point GIR} * \text{capacité}$), le président du conseil général pourra permettre une baisse des tarifs « hébergement majoré par le ticket modérateur du GIR 5-6 ».

Le tarif global afférent aux soins améliore le « reste à charge » sur le budget soin des résidents : mutuelle, franchises médicales, ticket modérateur... Les départements ont donc intérêt d'encourager l'option du forfait global soins (cf proposition n°36 des 55 propositions de l'ADF sur la perte d'autonomie)

Le régime fiscal des tarifs hébergement « en liberté encadrée » devrait être favorable à la baisse du prix de revient de l'hébergement.

Une bonne gestion de la capacité d'autofinancement (CAF) grâce à l'EPRD devrait réduire le niveau d'endettement.

La souplesse, entre les mains des partenaires, de la répartition des charges d'agents de service, des animateurs et des psychologues, permet d'agir sur les tarifs hébergement, la convention tripartite ou le CPOM devant préciser les choix faits en la matière.

3. N'y a-t-il pas un risque de dérapage des prix et de décrochage entre les différents tarifs afférents à l'hébergement ?

La tarification de l'hébergement doit reposer à moyen terme sur :

- un référentiel départemental des coûts portant sur les groupes fonctionnel 1 et 2 de dépenses relatives à l'hébergement
- la limitation de la CAF représentant aujourd'hui dans les établissements publics moins de 9% de la classe 6 brute dans un groupe 3 qui, lui, ne dépasse pas les 15% de cette classe 6 nette du budget global d'un EHPAD
- la mise en œuvre de l'article R.314-86 du CASF sur les loyers
- le contrôle du contrat de séjour et de ses « clauses abusives » sur les prestations en sus par la DGCRF afin d'éviter les dérapages et les décrochages.

Il faudra donc être prudent dans la convention d'aide sociale prévue à l'article L.342-3-1 du CASF sur le taux ou le niveau de cette CAF. La convention d'aide sociale pourra avoir des clauses visant d'une part, à garantir et renforcer le maintien de l'autofinancement des investissements : subventions capitalisables ou transférables et engagements sur les évolutions tarifaire et, d'autre part, à maintenir une mixité sociale

Ces nouvelles modalités de tarification de l'hébergement sont susceptibles de permettre au secteur public et au secteur associatif de mieux résister ou rivaliser, dans ce champ particulièrement concurrentiel, avec le secteur commercial.

C'est bien grâce à leur mode de tarification de l'hébergement que les groupes commerciaux, outre le dégagement de dividendes, ont les moyens de développer et autofinancer leurs investissements et d'avoir une force de frappe en gestion (sièges sociaux non soumis à agrément et à répartition des charges).

Les EHPAD publics ou privés à but non lucratif n'ont pas l'obligation économique de dégager des excédents d'exploitation afin de distribuer des dividendes à des actionnaires. Leurs conseils d'administration garant de leur projet veilleront à leur non lucrativité et au non dégagement de bénéfices impossibles à distribuer.

Le secteur des EHPAD, à l'inverse des autres champs du secteur social et médico-social largement dominés par les associations gestionnaires, est majoritairement (en nombre de places et d'établissements) géré par des établissements publics (établissements publics autonomes, budgets annexes hospitaliers, CCAS) présidés par des élus locaux. Ces derniers veilleront à éviter des abus tarifaires qu'ils auront à expliciter à des résidents et leurs familles qui sont aussi des électeurs.

Par contre, plutôt que de contraindre les EHPAD, comme dans le cadre de l'ancienne tarification, à « résultat zéro » avec reprise des déficits en N + 2, il est préférable de contrôler « a posteriori » la CAF (capacité d'autofinancement) ; c'est-à-dire les dotations aux amortissements, aux provisions et les résultats, qu'ils doivent normalement dégager pour renouveler les investissements nécessaires à une prise en charge de qualité.

La crainte que les EHPAD « profitent » des « souplesses » tarifaires pourtant encadrées par la convention d'aide sociale prévue à l'article L.342-3-1 du CASF, pour uniquement accroître « leur train de vie » n'est pas justifiée puisqu'il y a un encadrement par :

1. le respect d'un référentiel départemental des coûts sur les principales composantes des dépenses relatives à l'hébergement
2. la possibilité de rejeter des dépenses pouvant être qualifiées d'abusives en comparaison avec des établissements fournissant un niveau de prestations et une qualité de services similaires
3. la possibilité de réformer le résultat à affecter
4. les dispositions issues du décret du 22 octobre 2003 devraient trouver une pleine application :
 - a. approbation des emprunts de plus d'un an et en application de l'article R.314-20 du CASF du plan pluriannuel de financement des investissements ;
 - b. respect des ratios de sécurité financière de l'article D.314-205 du CASF ;
 - c. mise en œuvre de l'article R.314-61 du CASF sur les études coûts-avantages ;
 - d. mise en œuvre de l'article R.314-85 du CASF sur les dépenses salariales compte tenu de la suppression de l'agrément des conventions et accords d'entreprise dans le secteur des EHPAD ;
 - e. mise en œuvre de l'article R.314-86 du CASF sur les dépenses locatives.

Ces mécanismes de régulation pourront être utilisés par les conseils généraux pour éviter un « décrochage » entre les différents tarifs afférents à l'hébergement.

Ainsi, en résumé, l'ensemble des paramètres d'augmentation du tarif « Hébergement » sont régulés :

- en termes de dépenses de personnel, la convention tripartites et le tableau des emplois permanents qu'elle contient permet de rendre contractuellement opposable un certain niveau d'encadrement au delà duquel il y a rupture de l'équilibre du contrat ;
- en termes de politique d'investissement, celle-ci doit faire l'objet d'une approbation ou d'un contrôle ;
- en terme de politique de provisionnement, le plafonnement de la CAF permet d'en apprécier le caractère raisonnable.

Plus globalement, il convient de replacer cette souplesse tarifaire dans un contexte d'obligations contractuelles très « normées » : là où antérieurement les campagnes budgétaires annuelles finissaient par transformer l'économie de la convention tripartite. Le dispositif rénové permet de replacer cette nouvelle convention tripartite ou le CPOM comme élément clé d'encadrement financier des prestations assurées.

5. En cas, malgré tout, d'abus de la part de certains EHPAD, comment peut-on y faire face ?

En cas de pratiques abusives en la matière, le président du conseil général peut dénoncer la convention d'aide sociale prévue à l'article L.342-3-1 du CASF et reprendre la maîtrise complète de la tarification de l'hébergement et de la détermination et de l'affectation des résultats.

En application de l'article L.313-9 du CASF, le président du conseil général peut exiger qu'un EHPAD revienne aux coûts moyens départementaux correspondant à ceux des établissements fournissant un niveau de prestations et une qualité de services similaires.

Cet article prévoit un délai de 6 mois pour revenir à des tarifs moyens départementaux.

Passé ce délai, le président du conseil général peut retirer l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que l'autorisation de fonctionner, ce qui signifie que la gestion pourra être transférée à un autre organisme gestionnaire et les articles L.313-18, L.313-19 et R.314-97 mis en œuvre.

De même le « déconventionnement tripartite » permet d'interdire à l'EHPAD d'accueillir des personnes âgées dépendantes.

Il s'agit de mesures lourdes de conséquences qui ne peuvent qu'amener le gestionnaire « abusif » à une « autodiscipline ».

Par ailleurs, en cas de déficits structurels, notamment compte tenu des dépenses rejetées comme abusives, l'augmentation des tarifs ne sera pas simplement différée puisque la mesure de « remédiation financière » prévue par le nouvel article L.313-14-1 pourra être enclenchée.

6. N'y a-t-il pas un risque d'éviction des bénéficiaires de l'aide sociale dans les EHPAD ?

Ce risque doit être encadré et limité dans la convention d'aide sociale prévue à l'article L.342-3-1 du CASF annexée à la convention tripartite ou au CPOM.

Cette convention d'aide sociale doit prévoir des modalités de réservation et d'occupation des places habilitées à l'aide sociale, le contenu du contrat de séjour pour les bénéficiaires de l'aide sociale, les aides conditionnées à l'investissement.

La possibilité de retrait de l'habilitation à l'aide sociale et de l'autorisation qui lui est liée est une puissante mesure de contrôle de l'effectivité de l'exercice du droit à l'aide sociale.

Pour les non bénéficiaires de l'aide sociale, le contrat de séjour ne devra plus seulement respecter les critères du CASF mais aussi ceux du code de la consommation. Sur ce contrat de séjour « élargi », la DGCRF exercera son contrôle sur les « clauses abusives » notamment celles afférentes aux « prestations en sus ».

Le tarif « hébergement opposable à l'aide sociale » ne peut pas être inférieur au dernier prix de revient journalier hébergement (c'est-à-dire le prix de journée hors incidence de la reprise des résultats des exercices antérieurs) qui a été fixé par le président du conseil général lui-même.

Ce prix de revient journalier hébergement a été accepté par l'EHPAD. S'il a été contesté, c'est le prix de journée réformé, le cas échéant, par le juge de la tarification qui doit alors être retenu.

Par la suite, chaque année le tarif « hébergement aide sociale » pourrait être revu et calculé sur la base du prix de revient net comme aujourd'hui et en s'appuyant, ce qui serait nouveau, sur un référentiel départemental des coûts fixé par le président du conseil général.

Le tarif « hébergement aide sociale » revu chaque année ne serait opposable qu'aux nouveaux « entrants » admis à l'aide sociale aux personnes âgées. Le tarif « hébergement aide sociale » opposable aux bénéficiaires de l'aide sociale au moment de leur entrée serait, les années suivantes, revalorisé chaque année en application du taux de la DGCRF.

Tant que le nouveau tarif « hébergement aide sociale » de l'exercice en cours n'aurait pas été fixé par le président du conseil général, les « entrants » admis au bénéfice de l'aide sociale se verraient appliquer le tarif « hébergement aide sociale » de l'année précédente revalorisé du taux d'évolution de la DGCRF de l'année en cours.

Il y aurait donc un tarif « hébergement aide sociale » différent en fonction de l'année d'entrée. Dans l'élaboration de son EPRD, l'EHPAD pourra « millésimer » ces tarifs « hébergement aide sociale »

Ce nouveau mécanisme d'actualisation des tarifs des bénéficiaires de l'aide sociale comme des autres d'ailleurs viseraient à éviter de dramatiques ressauts tarifaires en cours de séjours. Il est clairement apparu que c'est moins le tarif à l'entrée qui pose problème que les ressauts tarifaires en cours de séjour.

7. Avez-vous quelques pistes pour construire les référentiels sur l'hébergement ?

Sur la restauration, la mission Marthe avait repris les outils d'analyse de la productivité des personnels affectés à la fonction restauration, à savoir, le personnel en cuisine et à l'économat hors personnels servant à table.

	coefficient de pondération	Nombre	Nombre pondéré
Déjeuner	1	211	211
Dîner	0,8	211	168,8
Petit déjeuner	0,2	211	42,2
	total	633	422
ratio du nombre de repas fabriqués pour une heure travaillée			
nombre d'agents dans la structure (2)		24	
heures/an/agent aux 35h		1607	
total heures		38 568	
couverts/jour		422	
couverts par an		154 030	
RATIO COUVERTS/ HEURE TRAVAILLE		3,99	

(2) y compris personnels de remplacement, du service des commandes ou de la gestion des stocks...

RATIO COUVERTS/HEURE TRAVAILLEE DANS LE SECTEUR DE LA RESTAURATION COLLECTIVE

- si < à 7 productivité mauvaise
- si = à 7 productivité médiocre,
- entre 7 et 10 productivité satisfaisante voire bonne
- si > à 10 productivité très bonne
- si > à 14 productivité excellente

Avec la nouvelle instruction comptable M.22 prise par arrêté du 10 novembre 2008, les EHPAD n'ont plus l'obligation d'avoir une gestion de stock et donc d'avoir un économat.

Sur l'encadrement administratif, il est possible de fixer dans un référentiel un nombre d'agents pour X ETP ou Y résidents.

Pour ce faire, le président du conseil général pourra s'appuyer sur la constatation des résultats moyens ou médians sur les EHPAD de son département, voire faire des études organisationnelles pour déterminer des optimums.

Ce référentiel départemental doit permettre d'encadrer les dépenses afférentes à l'hébergement sur les groupes fonctionnels 1 et 2.

Les investissements et leur plan pluriannuel de financement ayant été approuvés, soit au moment de l'autorisation et de la création de l'établissement, soit en cours d'exploitation ces dernières années, leurs incidences financières sont opposables aux financeurs, c'est bien pourquoi elles ne peuvent pas être prédéfinies dans le référentiel départemental des coûts. En effet, s'il y a bien une composante des dépenses relatives à l'hébergement où il ne peut y avoir une quelconque « standardisation », c'est bien sur les dotations aux amortissements, sur les provisions pour travaux tant les situations patrimoniales et les plans de financement (emprunts, subventions capitalisables ou transférables, cautions versées, cessions d'actifs immobilisés, existence d'une DNA...) sont différents. C'est pourquoi, il est proposé un contrôle de la CAF et son plafonnement, le déplafonnement se faisant avec l'accord du président du conseil général.

Sur le groupe fonctionnel 3, l'approbation en application de l'article R.314-20 du CASF du plan pluriannuel de financement, la possibilité pour le président du conseil général d'avoir une politique dynamique de financement des investissements et de compensations des surcoûts (subventions transférables comme celles de la CNSA, provisions réglementées, amortissements dérogatoires...) devraient permettre aux EHPAD, dans le cadre du contrôle sur leur CAF, de limiter les incidences des opérations d'investissement sur les surcoûts d'exploitation, qui devraient être répercutés que sur les nouveaux « entrants » et non les « anciens » résidents.

En effet, il faut éviter aux « anciens » résidents des ressauts tarifaires au cours de leur séjour dans un EHPAD ce qui peut obliger des résidents à chercher un nouvel établissement ou à revoir leur plan de financement de leur séjour (appel à l'aide sociale et à l'obligation alimentaire) dans des conditions souvent psychologiquement dramatiques.

En élaborant un référentiel départemental des coûts opposable aux gestionnaires sur les principales composantes de l'hébergement hors incidence de l'investissement :

- gestion des personnels ;
- gestion administrative des résidents ;
- restauration ;

la somme de ces composantes permet d'arriver à des tarifs moyens, médians et plafonds en fonction d'un panier de services et un niveau de qualité de service. La nouvelle convention tripartite ou le CPOM ont vocation à lisser dans le temps la nécessaire adaptation des EHPAD au respect du référentiel départemental.

La réforme devrait alléger les tâches administratives des départements notamment en matière de facturation et de procédure budgétaire.

Sur nombre de missions financées par les tarifs « hébergement », le développement de la coopération est susceptible d'apporter des réponses à la fois plus efficaces et plus économiques.