

Le 11 SEP. 2014

Le Premier président

à

Madame Marisol Touraine

Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme

Réf. : 70592

Objet : Le financement des établissements pour personnes âgées dépendantes et adultes handicapés.

En application de l'article L. 111-9-1 du code des juridictions financières, la Cour et dix chambres régionales des comptes, réunies en formation commune, ont mené en 2013 et 2014 une enquête sur la tarification des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) et des adultes handicapés. Les contrôles ont porté sur les pratiques des autorités de tarification, agences régionales de santé (ARS) et départements, ainsi que sur le pilotage de l'allocation des ressources par les administrations centrales. Au terme de ces travaux, la formation commune m'a demandé, en application des dispositions de l'article R. 143-1 du code des juridictions financières, d'appeler votre attention sur les points suivants.

1. UNE RÉFORME INABOUTIE DE LA TARIFICATION

En 2012, les crédits publics alloués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes se sont élevés à près de 11 milliards d'euros¹. Ils ont atteint environ 13 milliards d'euros pour les établissements accueillant des personnes handicapées (adultes et enfants). Ces dépenses publiques ont connu de fortes augmentations depuis 2008 (de l'ordre respectivement de 27 % et 20 %), essentiellement sous l'effet de nombreuses créations de places programmées dans le cadre de plans nationaux. Le vieillissement de la population comme l'élévation de l'espérance de vie des personnes handicapées vont continuer d'accroître fortement la demande d'hébergement.

¹ Source : CNSA pour l'enquête de la Cour des comptes.

Pour autant, les modalités de tarification de ces établissements n'ont pas évolué. Les moyens sont accordés aux établissements selon une procédure contradictoire au cours de laquelle les autorités de tarification fixent, chaque année, les dotations ou les tarifs journaliers destinés à couvrir les dépenses annoncées par les gestionnaires, dans le cadre d'enveloppes de crédits de plus en plus contraintes. Alors que le processus de tarification vise à donner une connaissance fine de la gestion des établissements aux décideurs publics, la lourdeur et les carences du système en l'absence de référentiels de coûts tendent, en réalité, à la reconduction à peine aménagée de coûts de gestion historiques.

On observe ainsi une forte dispersion des coûts à la place entre établissements de même nature, sans autre justification de la part des services que le caractère historique de la tarification. Dans le département de la Gironde, en 2012, le coût moyen à la place en foyer de vie était de 45 485 €, mais le coût le plus faible était de 31 938 € et le plus élevé de 65 669 € ; le coût à la place des foyers d'hébergement oscillait entre 20 912 € et 40 678 €, pour une moyenne de 31 294 €. De même, selon l'ARS d'Alsace, les coûts à la place des trois maisons d'accueil spécialisées (MAS) accueillant des personnes polyhandicapées s'échelonnaient de 66 465 € à 87 615 € (valeur 2012). Pour les ÉHPAD, l'ARS Midi-Pyrénées indique que le tarif des soins évoluait entre 10 302 € et 26 271 € en 2012 ; le tarif d'hébergement des structures girondines, lui, variait de 4 073 € à 116 000 € la place.

Cette situation ne satisfait ni les autorités de tarification qui ne parviennent à modifier l'offre d'hébergement qu'à la marge et peinent à valoriser la qualité des prestations, ni les gestionnaires d'établissement qui considèrent le caractère annuel de l'allocation des ressources publiques comme un frein à l'adaptation de leurs prestations et de leur organisation aux besoins des résidents.

En outre, les tensions nouvelles sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social fixé chaque année par le Parlement, comme sur les budgets des départements, et, dans les ÉHPAD, l'importance du reste à charge des personnes âgées dépendantes posent de manière aiguë la question de la maîtrise des coûts.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a engagé une réforme de la tarification des ÉHPAD, visant à passer d'un système de couverture des dépenses à un financement des soins et de la dépendance par des ressources forfaitaires. Cette réforme d'importance, qui aurait dû entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2010, est restée inaboutie, en l'absence de décret d'application.

Les travaux préparatoires au projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement ont prévu un second volet législatif comportant une réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées, programmé pour la deuxième partie de la mandature. Cependant, l'adoption de ce texte n'est envisagée que pour la deuxième partie de la mandature. L'enquête nationale de coût dans les ÉHPAD, confiée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui est un préalable nécessaire à une telle réforme, ne pourra être achevée qu'en 2017.

Quant au chantier engagé pour la réforme de l'allocation des ressources aux établissements et services destinés aux personnes handicapées sur la base de rapports de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)², il est multiforme et complexe, et les échéances sont de l'ordre de la décennie.

Si les évolutions annoncées sont souhaitables, il semble cependant nécessaire de définir, sans attendre, les voies et moyens permettant de créer dès maintenant, en s'appuyant sur la réglementation existante, les conditions d'un processus d'allocation des ressources plus dynamique et plus objectif.

² IGF, IGAS. *Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement*. Octobre 2012. *Tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap : vers un nouveau modèle d'allocation de ressources ?* Mission nationale confiée par le Comité interministériel de modernisation de l'action publique (CIMAP). Juillet 2013.

2. LA CONTRACTUALISATION, UN OUTIL À GÉNÉRALISER

Les ÉHPAD sont globalement couverts par des conventions tripartites obligatoires qui associent chaque structure à ses deux autorités de tutelle que sont l'ARS et le département. Cependant, établies selon un cahier des charges déjà ancien et dans des conditions de coordination difficiles à mettre en place entre les entités parties prenantes, ces conventions ne permettent ni d'asseoir une tarification pluriannuelle, ni de promouvoir des performances de gestion, ni de valoriser les mutualisations de moyens.

Au-delà des seuls ÉHPAD, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a introduit la possibilité de mettre en place un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre, d'une part, les autorités chargées de l'autorisation des établissements - État, ARS ou départements -, et, d'autre part, les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services couvrant éventuellement plusieurs structures. Or la contractualisation est peu développée : à l'automne 2012, l'administration centrale recensait³, dans les 16 régions où les ARS ont répondu à l'enquête réalisée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), quelque 287 CPOM, englobant 1 598 établissements sociaux et médico-sociaux (ÉSMS), sur un périmètre global de 16 407 établissements, soit 9,7 % des structures. Du côté des départements, l'enquête a montré le très faible nombre de contrats établis.

Pourtant, la contractualisation avec les gestionnaires de plusieurs établissements et services devrait permettre de recomposer l'offre en fonction des attentes des publics concernés et donc de réorienter les ressources des structures les moins efficaces vers celles qui sont les plus demandées. Elle devrait également renforcer les performances en matière de gestion, par la mutualisation de certaines fonctions ou la réorganisation des services, en application d'objectifs assignés aux gestionnaires.

En outre, la contractualisation permet des engagements de financement pluriannuels, donnant aux gestionnaires une plus grande visibilité sur leurs ressources et la capacité à prendre des mesures sur le moyen terme pour améliorer les prestations servies. Cette pluri-annualité apparaît comme la clé de l'efficacité de l'action contractuelle : loin de rigidifier les budgets, comme le craignent les services chargés de la tarification, elle devrait faciliter une meilleure répartition des ressources entre les établissements régis par un même contrat et la stabilisation des montants globaux accordés.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) a institué l'obligation, pour les ÉSMS qui relèvent de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'ARS, de conclure un CPOM lorsqu'en raison de leur taille et de l'importance des produits de leur tarification, ils atteignent ensemble un certain seuil, à fixer par arrêté du ministre chargé des affaires sociales et de l'assurance maladie. Or cette disposition, voulue par le législateur, n'a toujours pas été traduite en pratique, faute de parution de l'arrêté nécessaire. La DGCS considère, en effet, que la contractualisation engendre une lourde charge pour les services administratifs concernés. Elle craint donc qu'une contractualisation à marche forcée ne nuise à la qualité des documents contractuels. Elle souligne également la difficulté dans l'élaboration de critères pertinents de définition des seuils de déclenchement de l'obligation.

Le faible développement spontané de la contractualisation incite, pourtant, à mettre en place un dispositif plus volontariste et plus contraignant, qui n'exclut pas - mais, au contraire, organise - la montée en charge progressive des contrats, en visant en priorité les organismes gestionnaires les mieux implantés localement. Il convient de rappeler que le code de l'action sociale et des familles prévoit explicitement que la signature de contrats dispense de la mise en œuvre de la procédure contradictoire annuelle, ce qui permet d'alléger la charge de travail afférente à cette dernière.

³ Cf. Circulaire DGCS/SD5C/2013/300 : *La mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles*. 25 juillet 2013.

Enfin l'obligation réglementaire de contractualiser devrait être étendue à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des adultes handicapés, y compris ceux qui relèvent de financements mixtes ou exclusifs des départements⁴.

3. DES RÉFÉRENTIELS DE COÛTS OPPOSABLES À METTRE EN PLACE RAPIDEMENT

Le code de l'action sociale et des familles prévoit la mise en place d'indicateurs financiers qui devaient être systématiquement documentés et servir de référence pour permettre aux autorités de tarification de modifier les budgets présentés par les gestionnaires d'établissement et contenir les dépenses autorisées. En particulier, les services devaient pouvoir s'appuyer sur des indicateurs médico-socio-économiques (IMSE), regroupés dans des tableaux de bord opposables aux établissements (article R. 314-28 dudit code), pour réviser les dépenses « manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec le coût des établissements et services fournissant des prestations comparables ».

Alors que la réglementation s'applique à l'ensemble des ÉSMS, toutes les catégories d'établissements ne sont pas couvertes par des arrêtés instituant des indicateurs de référence, et notamment pas celles relevant exclusivement de l'aide sociale départementale, alors que les départements ont les mêmes besoins de référence objective pour créer les conditions du respect des budgets votés.

En réalité, faute de comptabilité analytique et de traitement informatisé des éléments comptables et malgré l'obligation qui leur en est faite, les établissements renseignent mal les données nécessaires au calcul de ces indicateurs, au surplus fragilisés par la faiblesse des échantillons d'établissements locaux. Les valeurs annuelles de ces IMSE sont donc très peu publiées, rendant obsolètes les indicateurs disponibles, alors même que le manque de référentiels est vivement ressenti par l'ensemble des autorités de tarification.

La DGCS envisage de réexaminer ces indicateurs pour les toiletter ou leur substituer un tableau de bord réalisé par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Si ce dernier, conçu pour faciliter le diagnostic partagé entre les gestionnaires et les financeurs et pour opérer un suivi de la gestion des établissements, devrait faciliter la démarche de contractualisation, il ne semble pas que la nature des informations retracées permette d'évaluer le coût des prestations et donc d'en faire des références en matière de tarification.

L'élaboration rapide de nouveaux indicateurs visant l'ensemble des établissements et permettant un ajustement efficace de crédits de plus en plus limités, en fonction de la qualité et des coûts des prestations effectuées, est aujourd'hui nécessaire. Le modèle conceptuel doit permettre de dépasser les contingences liées à la faiblesse des échantillons départementaux⁵ et une réflexion pourrait être conduite sous l'égide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), chargée d'une mission d'expertise, d'information et d'animation dans le secteur médico-social, et, depuis la loi de financement de la sécurité sociale du 24 décembre 2009, d'analyser, sur la base de données transmises par les gestionnaires, les coûts et les tarifs de ces opérateurs. La mise en place de nouveaux indicateurs pourrait également s'appuyer – notamment pour les activités financées par l'assurance maladie - sur les analyses de coûts existantes (étude de coûts dans les ÉHPAD, analyse des comptes administratifs déjà opérée par la CNSA).

⁴ L'Assemblée des départements de France (ADF) y est très favorable : elle a édité différents guides promouvant ces outils et conçu un kit pédagogique, des formations et des conférences pour accompagner les services volontaires dans la démarche de contractualisation.

⁵ L'ADF propose une méthode consistant à identifier des groupes d'activités majeures (GAM) et à distinguer entre fonctions support et accompagnement médico-social.

Ces référentiels ne seraient pas destinés à fonder une tarification automatique mais à alimenter les contrats d'objectifs et de moyens ou à faciliter la tarification dans le cadre de la procédure contradictoire annuelle, maintenue pour les structures hors contrat. Dans cette mesure, les référentiels ne nécessiteraient pas un degré de sophistication tel que des délais importants soient nécessaires pour leur élaboration.

4. LES CO-FINANCEMENTS, UNE PRATIQUE À SIMPLIFIER

Deux catégories d'établissements relevant de l'enquête conduite sont financées à la fois par les départements et par l'assurance maladie, via les agences régionales de santé (ARS).

La loi du 2 janvier 2002 précitée et le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003⁶ ont mis en place le financement des soins dans les foyers d'accueil médicalisé (FAM) sous la forme d'un forfait global déterminé par le directeur général de l'ARS. Selon la réglementation en vigueur, ces crédits doivent être considérés comme une recette atténuative de charges pour l'établissement. Le budget et le compte administratif ont vocation à être arrêtés par le président du conseil général, au titre de l'aide sociale à l'hébergement. Or la pratique récente de quelques ARS vise à récupérer les « excédents » qui peuvent apparaître lors du rapprochement du forfait versé et des dépenses de soins réellement engagées.

Dans les ÉHPAD, le financement est distinct selon qu'il concerne les soins, la dépendance ou l'hébergement, et, contrairement aux FAM, les sections tarifaires sont étanches. Pour autant, la réglementation prévoit une répartition du financement des postes des aides-soignants (AS) et des aides médico-psychologiques (AMP) à 70 % sur la section des soins, alimentée par des crédits de l'assurance maladie et à 30 % sur celle de la dépendance, financée essentiellement par les départements. Ainsi la politique de médicalisation de ces établissements, impulsée par l'État, et consistant essentiellement à mettre en place de nouveaux emplois de cette catégorie, tend-elle à accroître mécaniquement les dépenses supportées par les départements, sans compensation pour eux.

Les co-financements de structures compliquent le dispositif d'allocation des ressources et la gestion des établissements concernés. Si les réformes annoncées peuvent permettre une redistribution des financements et une simplification de l'allocation des ressources, quelques mesures simples pourraient être envisagées dans l'intervalle.

Pour les FAM, il conviendrait de rappeler aux ARS la réglementation en vigueur et d'insister sur le caractère forfaitaire du financement des soins. Il faudrait également rendre plus transparent le calcul du forfait, en décrivant les dépenses susceptibles d'être prises en charge, ce qui pourrait être aisément mis en place dans le cadre d'un contrat.

Pour les ÉHPAD, la politique de médicalisation arrive à son terme et les conventions renouvelées fixent pour les cinq années suivantes les personnels autorisés. Cependant, une clarification du financement des personnels permettrait une meilleure transparence des coûts. Il conviendrait, à cette fin, de supprimer les co-financements d'une même catégorie de personnel (article R. 314-164 du code de l'action sociale et des familles). Les conventions tripartites devraient préciser clairement les postes assumés par l'assurance maladie et ceux financés au titre de la dépendance.

⁶ Décret n° 2003-1010 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

5. LA PRISE EN CHARGE PAR L'AIDE SOCIALE DES DÉPENSES D'HÉBERGEMENT, UNE ÉVOLUTION À PARACHEVER

Les départements prennent en charge les dépenses d'hébergement des personnes âgées ou handicapées bénéficiaires de l'aide sociale.

Dans les ÉHPAD où les bénéficiaires de l'aide sociale sont minoritaires (ils n'occupent que 16,1 % du nombre de places habilitées à ce titre⁷), la question est, cependant, particulièrement sensible, car l'habilitation à l'aide sociale des établissements détermine la fixation des tarifs d'hébergement par le président du conseil général.

La réglementation distingue trois situations :

- les établissements soit totalement habilités à l'aide sociale, soit partiellement habilités mais recevant ces bénéficiaires à titre principal, dont le tarif, fixé par le président du conseil général, est applicable à tous les résidents, y compris les non-bénéficiaires de l'aide sociale ;
- les établissements non habilités, qui fixent librement leur tarif lors de la première année d'exécution du contrat, le taux d'évolution ultérieur étant plafonné par arrêté annuel du ministre chargé de l'économie ;
- les établissements partiellement habilités à l'aide sociale et n'accueillant pas ces bénéficiaires à titre principal, où les tarifs opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale sont fixés par le président du conseil général, alors que les autres résidents ressortissent au régime des établissements non habilités.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a modifié ces situations, en distinguant seulement les bénéficiaires des non-bénéficiaires de l'aide sociale. Pour ces derniers, le tarif d'hébergement devait être fixé selon la méthode réservée jusque-là aux établissements non habilités, alors que les tarifs opposables aux premiers restaient du ressort du président du conseil général. Cependant, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ne reprend pas cette rédaction ; le décret prévu par la loi de 2009 et visant à préciser le contenu du tarif d'hébergement n'a pas encore été pris et l'évolution entamée reste inaboutie.

Les départements qui ont été contrôlés dans le cadre de l'enquête se sont déclarés soucieux de pouvoir maîtriser les coûts d'hébergement au travers de leur politique d'habilitation à l'aide sociale. C'est pourquoi certains d'entre eux habitent largement et totalement les établissements de leur ressort. L'Assemblée des départements de France, quant à elle, souhaite que soit étudiée la faisabilité d'un « sur-loyer de solidarité ».

La régulation administrative des tarifs, en effet, détermine la fixation de prix de journée d'hébergement généralement plus faibles que dans les structures non habilitées. Elle génère donc un effet d'aubaine pour les non-bénéficiaires de l'aide sociale. La question du mode de détermination des tarifs est donc cruciale.

La possibilité de moduler les tarifs des résidents selon leur prise en charge ou non au titre de l'aide sociale devrait en conséquence être mise en œuvre rapidement.

En conclusion, la Cour formule les recommandations suivantes :

Recommandation n° 1 : généraliser à l'ensemble des établissements, y compris ceux relevant de la compétence exclusive des départements, l'obligation de conclure des contrats d'objectifs et de moyens, et fixer les seuils de déclenchement de cette obligation pour en permettre la mise en œuvre ;

⁷ Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2012*. Novembre 2013.

Recommandation n° 2 : conforter l'objectivité de la procédure de contractualisation par la mise au point rapide de référentiels de coûts des prestations, à partir des études existantes ;

Recommandation n° 3 : utiliser également ces référentiels pour faciliter la procédure contradictoire, pour les établissements ne relevant pas de contrats ;

Recommandation n° 4 : simplifier les situations de co-financement des soins :

- dans les foyers d'accueil médicalisé (FAM), en rappelant le caractère forfaitaire du financement des soins ;
- dans les conventions relatives aux ÉHPAD, en précisant les postes d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques financés par chacune des parties et en modifiant l'article R. 314-64 du code de l'action sociale et des familles pour substituer un renvoi à ces conventions à la règle actuelle de co-financement de ces postes ;

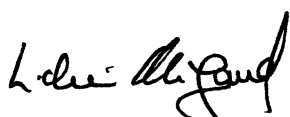
Recommandation n° 5 : autoriser la modulation, par les départements, des tarifs d'hébergement des résidents en ÉHPAD, selon leur prise en charge ou non, au titre de l'aide sociale.

--oOo--

Je vous serais obligé de me faire connaître, dans le délai de deux mois prévu à l'article L. 143-5 du code des juridictions financières, la réponse que vous aurez donnée à la présente communication.

Je vous rappelle qu'en application des dispositions du même code :

- deux mois après son envoi, le présent référé sera transmis aux commissions des finances, et, dans leur domaine de compétence, aux autres commissions permanentes de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il sera accompagné de votre réponse⁸ - sous votre signature personnelle exclusivement - si elle est parvenue à la Cour dans ce délai. À défaut, votre réponse leur sera transmise dès réception par la Cour (article L. 143-5) ;
- dans le respect des secrets protégés par la loi, la Cour pourra mettre en ligne sur son site internet le présent référé, accompagné de votre réponse (article L. 143-1) ;
- en tant que destinataire du présent référé, vous devez fournir à la Cour un compte rendu des suites données, en vue de la présentation par la Cour, dans son rapport public annuel, des suites apportées à ses observations (article L. 143-10-1). Ce compte rendu doit être adressé à la Cour, en juin de chacune des trois années suivant celle de l'envoi du référé, selon les modalités de la procédure de suivi annuel coordonné convenue entre la Cour et votre administration.


Didier Migaud

⁸ La Cour vous remercie de lui faire parvenir votre réponse sous forme dématérialisée (un fichier PDF comprenant la signature et un fichier Word) à l'adresse électronique suivante : greffeprésidence@ccomptes.fr.