



Inspection générale
des affaires sociales

Relevé des échanges et propositions de la
mission de médiation sur la mise en place de
la réforme de la tarification dans les
Etablissements d'hébergement pour
personnes âgées dépendantes (Ehpad)

RAPPORT

Établi par

Pierre RICORDEAU

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec l'appui de Younès BOUIH, stagiaire

- Avril 2018 -
- N°2018-023R-

SYNTHESE

La médiation demandée par la ministre des solidarités et de la santé s'est déroulée sur les mois de février et mars 2018. Elle faisait suite aux débats autour des impacts de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en 2017, en application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 et des mesures réglementaires d'application publiées en décembre 2016.

La médiation a permis de rencontrer une soixantaine d'acteurs au niveau national et plus de deux cents au niveau territorial lors de déplacements dans 6 régions au cours desquels ont été rencontrés les agences régionales de santé, plusieurs conseils départementaux dans chaque région, les fédérations d'établissements et des groupes de directeurs d'établissements. La visite d'une quinzaine d'établissements de statuts différents a également permis des échanges avec les administrateurs, les directeurs, les salariés, les résidents et les familles. La médiation s'est déroulée en parallèle des travaux menés dans le cadre des deux commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat qu'ils viennent compléter sous l'angle de la réforme de la tarification.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification sont révélatrices des transformations structurelles des Ehpad qui accueillent des résidents de plus en plus âgés et dépendants et dont le besoin de soins a beaucoup augmenté au cours des dernières années. Cette transformation de la population résidente en Ehpad est liée aux progrès de la politique de maintien à domicile. Le nouveau « modèle » qui s'est ainsi construit est questionné. Il souffre par ailleurs d'une « course » à l'augmentation des ressources pour faire face à l'augmentation des besoins. Si les efforts budgétaires consentis ont permis d'augmenter les moyens, le secteur exprime le sentiment d'un « retard » structurel dans cette « course » que la fréquence réduite et l'ancienneté élevée des coupes Gir et Pathos qui servent à mesurer le niveau des besoins illustre assez bien. Le sentiment d'un manque de temps pour l'accompagnement humain des résidents par les personnels suscite une souffrance au travail et une perte de sens de la mission qui ont été souvent exprimées. Le secteur souffre par ailleurs d'un fort taux d'absentéisme et d'accidentologie du travail et d'un défaut d'attractivité qui se serait accru dans la période passée.

Bien que la réforme tarifaire soit d'abord une réforme de gestion conçue à la fin des années 2000 pour donner aux gestionnaires une responsabilité et une souplesse accrues dans la gestion de leurs établissements, les acteurs attendaient également de la réforme une mise à niveau des moyens. Si celle-ci est bien engagée au titre du « tarif soins » par une convergence à la hausse vers les tarifs plafond pour l'immense majorité des établissements et des budgets complémentaires de 100M€ chaque année, le mouvement est lissé par un étalement sur 7 ans des ajustements de tarif.

Mais surtout, les effets de la convergence à la moyenne départementale des tarifs « dépendance » n'avaient pas été anticipés et suppriment ou réduisent les effets de la revalorisation sur le soin pour une partie minoritaire mais très significative des établissements. Ainsi, après la réforme 20 à 25 % des établissements se retrouvent avec une recette « soins + dépendance » nette en baisse. Les effets des convergences sont par ailleurs assez différenciés suivant les statuts. Si l'on trouve des établissements bénéficiaires de la réforme dans tous les statuts, la part des établissements qui sont « perdants » est nettement plus forte dans le secteur public qui met en avant des surcoûts spécifiques qui seraient liés à ce statut.

Compte tenu de ces effets, beaucoup de départements ont mis en œuvre la réforme avec précaution, retardant ou compensant les effets les plus négatifs mais cette pratique n'est pas générale et ne permet d'amortir que la première période de la convergence, qui s'étale sur 7 ans.

Pour tenir compte de ce contexte et du manque d'évaluation et d'anticipation des effets de la réforme, et alors qu'une réflexion sur le modèle de « l'Ehpad de demain » doit être conduite, la médiation préconise de mettre en place une mesure temporaire de neutralisation des impacts les plus négatifs de la convergence en 2018 et 2019.

Cette mesure doit permettre de retrouver le temps nécessaire pour bien évaluer les impacts de la réforme et déterminer des mesures d'ajustements et d'accompagnement. Celles-ci devraient d'abord porter sur un ajustement à négocier des conditions de la convergence tarifaire « dépendance », notamment pour permettre aux départements de mettre en place des crédits complémentaires et de tenir compte des spécificités mal prises en compte dans les équations tarifaires, mieux articuler la convergence tarifaire avec la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le cadre d'un lien plus approfondi entre les agences régionales de santé (ARS) et les départements et en sécurisant le rythme à venir des coupes Pathos. Elles devraient également viser à compléter la réforme tarifaire en travaillant à la valorisation des activités de prévention dans la tarification, en explorant les évolutions possibles sur le périmètre du tarif « soins » et en intégrant les impacts des tarifs « hébergement » à l'équilibre économique des établissements pour les établissements habilités à l'aide sociale. Elles devraient enfin porter sur les chantiers d'accompagnement qui pourraient être utiles pour mieux absorber les impacts financiers de la réforme tarifaire. La médiation identifie à ce titre plusieurs sujets qui ont trait à l'organisation des établissements (organisations des soins, organisation du travail, qualité de vie au travail) et à la simplification des règles et des normes. Elle propose également un chantier spécifique pour accompagner le mouvement de coopération dans le secteur public.

La période de neutralisation permettra également d'intégrer les conséquences de la réflexion engagée par la ministre des solidarités et de la santé autour de sa feuille de route sur les enjeux du vieillissement. Celle-ci peut en effet modifier sensiblement le cadre stratégique et financier du secteur et donc impacter le dispositif tarifaire lui-même.

Les actions proposées par le médiateur supposent une articulation forte entre l'Etat et les départements, tant au niveau national que territorial. Le système des Ehpad est financé par trois tarifs (« hébergement », « dépendance » et « soins ») fixés d'une part par les conseils départementaux et d'autre part par les agences régionales de santé. Les rapports parlementaires précités ont proposé une simplification de cette gouvernance. Le médiateur considère que dans le cadre de la gouvernance actuelle le pilotage ne peut être efficace que par un partage approfondi des stratégies et des informations qui n'est aujourd'hui pas totalement garanti sur l'ensemble du territoire et au niveau national et qui doit faire l'objet d'une action concertée entre l'Etat et les départements.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
SOMMAIRE	5
RAPPORT	9
1 PREAMBULE	9
2 LE POSITIONNEMENT ET LE RESENTI DES ACTEURS	10
2.1 Une « crise » de la tarification révélatrice d’une question plus structurelle.....	10
2.2 Le sentiment d’une tarification toujours « en retard »	11
2.3 Le sentiment d’un manque de temps, source de souffrance au travail et de perte de sens dans l’action.....	11
2.4 Des attentes associées à la réforme qui sont partiellement déçues pour une partie du secteur 12	
2.5 La coïncidence de la réforme tarifaire avec d’autres évolutions qui ont marqué le secteur.....	13
2.6 Les incertitudes sur les évolutions de l’habilitation à l’aide sociale ont parfois troublé les débat.....	13
2.7 Le secteur public a enfin fait part de son interrogation sur l’équité d’un dispositif de tarif unique sans tenir compte du contexte social et fiscal propre à chaque statut.....	13
2.8 Des réserves parfois exprimées sur les autres volets de la réforme	13
2.9 Une gouvernance qui reste complexe	14
3 ELEMENTS D’ANALYSE SUR LA REFORME.....	14
3.1 La réforme tarifaire comprend plusieurs volets qui en font un ensemble très complet, issu d’une réflexion engagée depuis la fin des années 2000.	14
3.2 Les sous-jacents principaux	16
3.2.1 La tarification à la recette « dépendance » et « soins » est centrée autour du résident et non de l’établissement	16
3.2.2 Les dispositifs de valeur « cible » et donc les mécanismes de convergence vers ces valeurs « cible » sont de nature assez différente entre les sections « dépendance » et « soins »	16
3.2.3 Un effort budgétaire conséquent mais dont l’impact est fortement brouillé.....	18
3.2.4 Un effet théorique qui n’a pas été anticipé... ..	19
3.2.5 ...et qui est très variable en fonction des secteurs	19
3.2.6 Des effets réels qui ne peuvent être complètement mesurés aujourd’hui car ils dépendront du résultat des coupes Gir et Pathos qui seront réalisées au cours des prochaines années.....	20
3.2.7 Le caractère stratégique des coupes Gir et Pathos est renforcé par la réforme	20
3.2.8 Le décalage entre la réforme tarifaire et la programmation des CPOM est dommageable.....	21

3.2.9 Une place insuffisante laissée aux éléments de tarification parallèles à l'équation tarifaire dans la construction budgétaire.....	21
3.2.10 Un deuxième effet de la réforme reste à venir autour de la gestion des excédents et déficits.....	22
3.2.11 L'absence du tarif « hébergement » dans la réflexion tarifaire est embarrassante compte tenu de son poids dans le budget des établissements	22
4 UN MODELE EN TRANSFORMATION.....	22
4.1 Bien que l'on parle de « modèle » de l'Ehpad, c'est la diversité, plutôt que l'unité qui frappe au premier abord.....	22
4.2 Un secteur qui fait preuve d'une grande capacité d'innovation.....	23
4.3 L'ensemble des acteurs se retrouvent pour constater des évolutions structurelles communes liées à l'évolution de la population résidente.....	24
4.3.1 Bien sûr la première évolution structurelle concerne l'évolution de la population résidente.....	24
4.3.2 Un débat autour du taux d'encadrement humain qui est légitime	24
4.3.3 Pour autant la question du taux d'encadrement ne peut résumer à lui seul le débat sur les Ehpad.	25
4.4 Un questionnement autour de l'évolution des attentes des résidents et des familles et de l'encadrement des normes de sécurité	28
4.5 La structuration du secteur constitue enfin une autre évolution forte des dernières années qui n'est pas moins marquante que celle liée à la population résidente	29
5 PROPOSITIONS.....	30
5.1 Une mesure de neutralisation temporaire pour retrouver le temps de mesurer les impacts concrets de la réforme, les ajuster le cas échéant et les accompagner	30
5.2 Trouver les ajustements nécessaires pour adapter la mise en œuvre de la convergence tarifaire.....	32
5.2.1 Ouvrir une réflexion et une concertation sur les voies envisageables d'ajustement de la convergence tarifaire pour donner davantage de marges de manœuvre aux tarificateurs.....	32
5.2.2 Essayer d'utiliser davantage les CPOM pour gérer la convergence tarifaire	33
5.2.3 Sécuriser le rythme des coupes Pathos	34
5.2.4 Dans le cadre de la gouvernance territoriale actuelle garantir les voies d'une coopération renforcée entre l'Etat et les départements	35
5.3 Compléter la réforme tarifaire sur de nouveaux champs tarifaires	35
5.3.1 Valoriser les activités de prévention dans la tarification.....	35
5.3.2 Ne pas écarter des ajustements de la tarification sur les soins pour accroître les marges de manœuvre des établissements.....	36
5.3.3 Trouver les moyens de mieux prendre en compte la situation tarifaire globale sur les trois sections tarifaires pour les établissements habilités	37

5.4	Lancer des chantiers sur des thématiques non strictement tarifaires mais permettant de faciliter l'exercice des missions dans les Ehpad	38
5.4.1	Faciliter l'organisation des soins au sein de l'Ehpad.....	38
5.4.2	Travailler sur l'organisation et les processus du travail et sur la qualité de vie au travail au sein des Ehpad.....	39
5.4.3	Engager un chantier de simplification des règles et d'ajustement des normes.....	40
5.5	Soutenir la réflexion stratégique engagée dans le secteur public pour le renforcement des coopérations.....	41
5.5.1	La volonté de construction d'un équivalent de la stratégie de groupe pour le secteur public doit être accompagnée.....	41
5.5.2	La deuxième question spécifique au secteur public qu'il est proposé d'aborder avec le secteur est celle de la couverture des arrêts maladies et accidents du travail.....	42
5.6	Prendre en compte les réflexions à venir autour du modèle de l'Ehpad de demain et assurer l'attractivité du secteur.....	42
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	43
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	45
	SIGLES UTILISES.....	55

RAPPORT

1 PREAMBULE

La mission de médiation s'est déroulée sur les mois de février et de mars 2018. Elle a conduit à rencontrer les principaux acteurs institutionnels au niveau national et à échanger au niveau territorial avec un très grand nombre d'interlocuteurs (conseils départementaux et ARS, fédérations et directeurs, salariés, résidents et familles) dans 6 régions visitées¹.

Il ne s'agit pas d'une mission d'évaluation de l'inspection générale des affaires sociales mais une mission d'écoute, d'analyse et de recherche de solutions pour aider à surmonter les désaccords apparus entre les acteurs au cours des derniers mois.

Les échanges réalisés dans ce cadre ont marqué par leur grande richesse et leur densité. Ils ont dessiné un secteur qui montre à la fois de la souffrance et parfois du désarroi mais aussi de l'engagement, du professionnalisme, de la transformation et de l'innovation, et une volonté d'humanisme exceptionnelle propre à la mission d'accompagnement des personnes âgées les plus dépendantes.

La mission s'est déroulée alors même que d'autres travaux de réflexions étaient conduits, en particulier dans le cadre des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat. Ces différents travaux donnent un éclairage d'ampleur beaucoup plus large que le seul cadre de la mission de médiation. Il est donc utile de lire le rapport de médiation comme une approche complémentaire des travaux parlementaires.

La méthode retenue a été celle de l'écoute, en essayant de croiser au maximum les regards et en appuyant les échanges sur des illustrations concrètes à travers notamment la visite d'un quinzaine d'Ehpad de nature, statut ou taille différente. Compte tenu du temps imparti, la priorité mise à l'écoute n'a pas permis d'approfondir techniquement tous les sujets évoqués et le présent rapport présente des analyses et des pistes de travail qui méritent d'être approfondies et discutées dans les semaines qui suivront.

La médiation portait sur la seule question de la réforme de la tarification. Il s'agit d'un angle important mais partiel de la situation dans les Ehpad alors que l'ensemble des acteurs s'accordent pour reconnaître que la question posée dans ces établissements ne peut se satisfaire d'une réponse qui ne serait que tarifaire ou limitée à l'Ehpad pris isolément. La médiation tente donc d'apporter des éléments pour surmonter les difficultés liées à la réforme tarifaire mais ceux-ci n'ont leur sens que dans le cadre de la stratégie sur le vieillissement sur laquelle la ministre a engagé des consultations et qui donnera lieu prochainement à une feuille de route. Les préconisations du rapport peuvent nourrir certains aspects de la feuille de route mais la feuille de route peut également conduire à des modifications importantes du cadre stratégique et financier et donc impacter le modèle tarifaire lui-même et en retour certaines des propositions de la médiation.

¹ Ile de France, Hauts de France, Normandie, Occitanie, Nouvelle Aquitaine, Auvergne Rhône Alpes auxquelles il faut ajouter un échange spécifique avec un département de la région Centre Val de Loire

2 LE POSITIONNEMENT ET LE RESSENTI DES ACTEURS

La présente partie tente de redonner de manière succincte la logique des raisonnements et des ressentis que les acteurs ont exprimé dans les échanges organisés par le médiateur.

Il faut rappeler qu'au niveau national la position des acteurs institutionnels n'était pas homogène face à la réforme de la tarification. La Fédération hospitalière de France (FHF) a demandé un moratoire puis le retrait de la réforme. A l'inverse la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) et le Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) ont défendu la mise en œuvre de la réforme. La Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) soutient la réforme de la tarification mais alerte sur les risques liés à la convergence négative sur la dépendance. La Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA) tout en soutenant la réforme a pointé les difficultés de mise en œuvre qu'un moratoire de courte durée pourrait aider à résoudre. L'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS) comme l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ont fait part de leurs inquiétudes par rapport à la mise en œuvre de la réforme, l'UNIOPSS appelant par ailleurs à une réflexion qui dépasse la seule question tarifaire. L'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) a quant à elle demandé le retrait de la réforme et appelé à une forte revalorisation des moyens. Elle s'est associée à l'intersyndicale des organisations de salariés dans un mouvement de protestation qui s'est traduit notamment par deux journées de grève le 30 janvier puis le 15 mars 2018.

2.1 Une « crise » de la tarification révélatrice d'une question plus structurelle

Même si les positionnements des acteurs nationaux et locaux ne sont pas identiques face à la réforme de la tarification, les échanges ont montré que les constats et analyses étaient souvent plus proches que ce que les positionnements institutionnels pouvaient le laisser attendre. La plupart des acteurs se retrouvent ainsi pour considérer que la crise autour de la réforme de la tarification agit comme un révélateur de difficultés plus structurelles liées à l'évolution du modèle de l'Ehpad.

Les dernières années sont marquées par une transformation du modèle de l'Ehpad. Les progrès du maintien à domicile, valorisés dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, ont été très importants. On entre en Ehpad plus tardivement, moins par choix de vie, de plus en plus parce que cela devient la seule solution praticable. Cette évolution se lit à travers l'ensemble des indicateurs : âge d'entrée en établissement qui recule fortement, niveau de dépendance (Gir) et de besoins de soins (Pathos) qui augmente fortement ; augmentation de la part des résidents atteints d'une maladie neuro-dégénérative ou de trouble cognitifs et du comportement.

D'un lieu de vie, l'Ehpad est devenu de plus en plus lieu de soins et de fin de vie, sans que probablement toutes les conséquences de ce changement de modèle aient été discutées et gérées.

Cette transformation a été concomitante d'une évolution des exigences adressées aux établissements tant par la réglementation que par les familles. De nombreux acteurs sont revenus au cours des échanges sur les injonctions contradictoires auxquelles ils sont parfois confrontés à ce titre.

2.2 Le sentiment d'une tarification toujours « en retard »

Le niveau de la tarification est souvent présenté comme « en retard » de cette évolution avec une « course » aux moyens pour suivre la pression des « besoins » croissants. Beaucoup de coupes Pathos, réalisées principalement lors de la conclusion ou du renouvellement des conventions triparties ont été faites il y a 6 ou 7 ans. Certaines sont encore plus anciennes. Dès lors que ces dix dernières années ont été une période d'augmentation assez générale du niveau de dépendance ou de soins moyen, l'ancienneté des coupes conforte ce sentiment de retard. L'encadrement de la tarification par les disponibilités budgétaires renforce cette appréciation. Les ARS étaient conduites à tarifier en dessous du tarif défini par la grille Pathos, appelé d'ailleurs tarif « plafond ». La construction même de la convergence vers le tarif « plafond » dans le cadre de la réforme tarifaire, en étalant le mouvement sur 7 ans, semble entériner le principe du retard.

Au-delà de la convergence tarifaire le calibrage des tarifs eux mêmes a parfois été critiqué. C'est en particulier le cas pour les tarifs soins lorsqu'une pharmacie à usage intérieur (PUI) est prise en compte (tarif partiel ou global avec PUI).

2.3 Le sentiment d'un manque de temps, source de souffrance au travail et de perte de sens dans l'action

Le retard des moyens au regard de l'augmentation des besoins crée de la difficulté : une charge de travail ou des conditions de travail qui s'alourdissent, en particulier pour les personnels soignants dans les établissements, des temps plus longs pour la prise en charge des soins de base aux résidents et moins de temps pour l'écoute, pour la relation sociale avec les résidents ; de la fatigue, de l'usure pour un personnel très largement féminin² ; de l'absentéisme qui accroît encore la difficulté avec l'ajustement permanent des plannings, pousse au glissement des tâches³, la remise en cause des temps de repos et le recours à des remplacements ponctuels ; de la perte de sens par rapport aux missions accomplies car on a le sentiment de ne pas faire tout ce qu'il faut et tout ce qui est attendu avec une tension entre les normes éthiques et professionnelles autour du concept de bientraitance⁴ et une réalité plus complexe et donc frustrante et perturbante.

Le caractère par nature continu et régulier de l'activité en Ehpad 24h sur 24 sans véritable « saisonnalité » accentue ce sentiment de « course » perpétuelle.

Ces difficultés et la souffrance qui y est associée ont été décrites dans d'autres cadres et le médiateur a pu la mesurer parfois très concrètement au cours des échanges et des visites. Une publication récente de la DREES « Des conditions de travail en Ehpad vécues comme difficiles par des personnels très engagés⁵ » en détaille la mécanique d'une manière particulièrement claire⁶.

² Selon l'enquête EHPA 2015 de la DREES le personnel paramédical ou soignant est féminin à 92 %.

³ Le fait que la mission n'est pas assurée par la personne formée pour.

⁴ Notamment les normes définies par l'ANESM et sur la base desquelles se fonde l'évaluation externe

⁵ Dossiers de la DREES – septembre 2016 – n°5

⁶ Le sommaire de la publication peut donner une synthèse utile de cette mécanique : Du domicile à l'institution : une dépendance accrue avec des conséquences sur les conditions de travail ; Un secteur encore en mutation ; Des organisations en tension : répondre aux besoins individuels en vivant en collectivité ; Le casse-tête de la planification au quotidien ; Une pénibilité à la fois physique et psychique ; Des métiers marqués par l'engagement professionnel et personnel ; Le collectif de travail, entre solidarité et concurrence .

Ces sentiments nourrissent et se nourrissent des problèmes d'attractivité et d'image des professions en Ehpad. La question du défaut d'image et d'attractivité a été très souvent citée au cours de la mission.

2.4 Des attentes associées à la réforme qui sont partiellement déçues pour une partie du secteur

Le principe de la réforme tarifaire, notamment sur les soins, a suscité une attente de « mise à niveau » des moyens. La réforme garantit en effet l'alignement des recettes « soins » sur le niveau du « tarif plafond » en fonction de l'indicateur « Gir moyen pondéré en soins » (GMPS). Mais si cet effet est bien au rendez-vous pour une immense majorité des établissements, le principe du rattrapage en 7 ans en lisse l'impact de manière très significative.

Mais c'est surtout l'effet de la convergence du tarif « dépendance » qui n'avait pas été anticipé. C'est lors de la première année de mise en œuvre, au printemps 2017, que les effets ont pu être mesurés concrètement. Or, par nature, cette deuxième convergence tarifaire conduit à répartir différemment les ressources entre établissements avec, par construction, des « gagnants » et des « perdants ».

L'effet « dépendance » peut conforter la mise à niveau des moyens engagés sur le tarif soins. Et il faut souligner à ce titre que beaucoup d'établissements vont ainsi bénéficier d'une revalorisation significative. Les attentes fortes sont dans ce cadre satisfaites pour une partie du secteur.

Mais le tarif dépendance peut également, à l'inverse, compenser l'effet sur le soin. Pour les établissements concernés l'écart entre l'attente d'une « mise à niveau » des moyens et la réalité d'une perte nette de recette est considérable.

La mise en avant des effets macroéconomiques positifs de la réforme, qui prise globalement, apporte effectivement des recettes complémentaires au secteur, a brouillé la mise en évidence du phénomène. Elle a créé, dans la partie du secteur qui ne bénéficie pas de ces effets, le sentiment d'une incompréhension et d'une injustice qui ont été mal vécues.

Les effets particuliers et non anticipés de la convergence « dépendance » ont conduit certains acteurs à axer leurs critiques principalement sur cette partie de la réforme tarifaire. La convergence vers une moyenne départementale a été questionnée en particulier au vu des écarts entre ces moyennes départementales exprimées pour la première fois au printemps 2017 dans une valeur départementale du point Gir⁷. Certains ont questionné les modalités de calcul de ces valeurs, insuffisamment transparentes, et pointé les différences de pratiques entre départements dans les années passées notamment sur les niveaux d'actualisation des tarifs.

Les départements n'ont d'ailleurs pas été insensibles à ces éléments. La plupart des départements ont défini une stratégie au regard de leur appréciation de la situation. Certains d'entre eux ont repoussé la mise en œuvre, d'autres ont été très attentifs aux impacts et en ont compensé par diverses mesures tout ou partie des effets les plus négatifs, d'autres se sont engagés dans une revalorisation de leur valeur départementale en 2018, d'autres enfin ont appliqué la réforme sans ajustement particulier. Cette politique attentive mais par nature diverse a permis d'assouplir certaines situations dans de nombreux territoires sans pour autant rassurer complètement les

⁷ Les valeurs départementales 2017 s'échelonnent entre 5,68€ et 9,47€ sachant qu'une dizaine de départements n'ont pas publié de valeur départementale.

établissements « perdants » au titre d'une convergence qui les engage sur une trajectoire de 7 années.

2.5 La coïncidence de la réforme tarifaire avec d'autres évolutions qui ont marqué le secteur

La prise de conscience des effets réels de la réforme tarifaire a par ailleurs coïncidé avec d'autres évolutions non directement liées à la tarification mais qui en ont accru conjoncturellement les impacts. La réorientation de la politique sur les contrats aidés à l'été 2017 a conduit au non renouvellement de beaucoup de contrats dans les établissements qui en bénéficiaient. Le long conflit social autour de l'Ehpad de Foucherans a eu des effets sur le regard de la société sur les Ehpad et sur l'image de ceux-ci. Beaucoup d'acteurs ont également signalé des difficultés croissantes de recrutement des aides-soignantes avec des sorties d'école réduites ou des attentes ou exigences modifiées des jeunes aides-soignantes.

2.6 Les incertitudes sur les évolutions de l'habilitation à l'aide sociale ont parfois troublé les débats

Les difficultés ressenties ont été parfois accrues par les incertitudes sur les évolutions du régime d'habilitation à l'aide sociale et du tarif « hébergement ». Beaucoup d'initiatives ou d'expériences ont été lancées pour faire bouger le schéma traditionnel d'un tarif unique pour la totalité des places des établissements habilités à l'aide sociale. Ces initiatives qui ont pu venir des départements ou des établissements eux-mêmes ont créé de la discussion, des inquiétudes juridiques ou éthiques, mais aussi des espoirs sans que le débat puisse être structuré, cette question n'ayant pas été traitée dans le cadre de la réforme tarifaire et de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV).

2.7 Le secteur public a enfin fait part de son interrogation sur l'équité d'un dispositif de tarif unique sans tenir compte du contexte social et fiscal propre à chaque statut

Des inquiétudes venant spécifiquement du secteur public se sont par ailleurs exprimées. Elles concernent principalement les écarts de coûts et de fiscalité avec le secteur privé commercial ou non lucratif qui seraient significatifs (coûts salariaux mais aussi fiscalité). Les charges imposées au secteur public seraient supérieures. La mise en place du CICE dans le secteur commercial puis du CITS dans le secteur associatif accroîtrait ce phénomène. Ce constat est cependant contesté par les autres acteurs.

2.8 Des réserves parfois exprimées sur les autres volets de la réforme

Si la plupart des éléments de la réforme tarifaire, en dehors de la convergence elle-même, sont plutôt positivement approuvés, certains le sont néanmoins avec réserve. Le passage d'une logique d'autorisation de dépenses à une logique de notification de recettes, les assouplissements dans l'emploi de cette recette et la responsabilisation accrue du gestionnaire à travers un état des prévisions des dépenses et des recettes (EPRD), le principe des CPOM sont reconnus comme des progrès par une majorité des acteurs. Ils étaient d'ailleurs en discussion depuis une dizaine d'années (cf 3.1).

Pour autant les réserves apparaissent souvent dans le détail de la mise en œuvre. La lourdeur de l'EPRD a été souvent signalée. La nécessité de continuer à justifier une répartition des dépenses par section tarifaire interroge quant à ses conséquences alors que le principe ouvert par la réforme de financer « concurremment » les dépenses d'aides-soignantes (AS) entre le soin et la dépendance et les dépenses d'agent de service hospitalier (ASH) entre la dépendance et l'hébergement ouvrent normalement une grande souplesse dans la gestion du budget de l'établissement. Le fait que l'on soit encore dans une procédure contradictoire sur le budget « hébergement » jusqu'à la conclusion d'un CPOM limite par ailleurs les effets du passage à une logique de recettes pour les établissements habilités à l'aide sociale. Enfin les CPOM sont diversement appréciés. Le côté très « cadré » de certains CPOM a été parfois critiqué, d'autant plus qu'assez peu de moyens ont pu y être associés à ce stade en dehors de la liberté donnée à l'établissement d'affectation de son résultat excédentaire éventuel.

L'importance accrue des indicateurs GMP et PMP dans la tarification conduit également à pointer leurs faiblesses. Calculés un jour donné ils créent un stress très fort pour les établissements dont une bonne partie de l'équilibre financier pendant 5 ou 6 ans va dépendre de cette journée de coupe. L'effet des grands nombres joue peu sur des établissements dont la taille reste encore relativement réduite avec l'impact potentiel assez fort de l'absence ou de la présence de tel ou tel résident à fort GMP/PMP. La critique connue sur la mauvaise prise en compte de la prévention dans les grilles a également été reprise⁸. Il en est de même sur l'insuffisante valorisation de certains types de troubles du comportement dont l'impact peut pourtant être très fort sur la charge de travail des équipes.

2.9 Une gouvernance qui reste complexe

Beaucoup d'acteurs soulignent enfin la complexité inhérente à la gouvernance propre à ce secteur avec trois sections tarifaires et deux autorités de tarification. Ce n'est pas une innovation de la réforme tarifaire mais la réforme suppose à la coordination entre les deux autorités (approbation conjointe de l'EPRD, CPOM commun) sans pour autant la garantir.

3 ELEMENTS D'ANALYSE SUR LA REFORME

3.1 La réforme tarifaire comprend plusieurs volets qui en font un ensemble très complet, issu d'une réflexion engagée depuis la fin des années 2000.

La réforme tarifaire traduit des choix extrêmement structurants qui sont issus des réflexions menées au cours de la décennie. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 prévoyait déjà dans son article 63 une réforme tarifaire très proche de celle qui a finalement été mise en œuvre en 2017. Son entrée en vigueur était prévue pour l'année 2010 mais les décrets d'application n'ont pas été pris. C'est finalement avec 7 ans de retard que la réforme se met en place.

La réforme a pour objet de donner au gestionnaire les moyens d'assumer davantage de responsabilités de gestion. La procédure de tarification fondée sur l'approbation d'une proposition de dépense (le budget prévisionnel⁹) évolue vers une tarification dite « à la ressource » et la

⁸ Une nouvelle grille a été construite pour répondre à cette critique mais elle n'est pas encore en vigueur

⁹ après un examen contradictoire ligne à ligne des dépenses proposées

notification d'une recette en début d'année calculée en fonction du niveau de besoin des résidents mesuré par le GMP et le PMP dans le cadre de deux équations tarifaires, l'une pour la dépendance et l'autre pour les soins. Le gestionnaire doit construire son équilibre économique avec cette recette. Pour cela il dispose d'une liberté accrue dans le choix de ses dépenses.

Les équations tarifaires sont construites différemment pour les deux tarifs, en cohérence avec les responsabilités de tarification. L'équation tarifaire « dépendance » est construite au sein de chaque département. Chaque département publie en 2017 une valeur du « point Gir départemental » qui correspond au minimum au tarif moyen qu'il a appliqué en 2016 lorsqu'on agrège l'ensemble de ses décisions budgétaires. La recette cible est égale au produit entre le niveau de Gir moyen de l'établissement et cette valeur de point départementale. L'équation tarifaire « soins » est, elle, nationale et reprend la valeur des « tarifs plafonds » précédemment connus mais rarement atteints dans le cadre de la procédure budgétaire.

L'organisme gestionnaire construit ensuite son équilibre et transmet aux tutelles un EPRD qui peut être rejeté par l'autorité de tarification dans un certain nombre de cas¹⁰.

Si les trois tarifs « hébergement », « dépendance » et « soins¹¹ » ne sont pas remis en cause, des souplesses considérables dans l'affectation des dépenses aux sections tarifaires sont mises en place à la main du gestionnaire. Les règles précédentes de partage des aides-soignantes entre la section « dépendance » (30 %) et « soins » (70 %) et de partage des agents de service hospitalier entre la section « hébergement » (70 %) et « dépendance » (30 %) sont supprimées ouvrant une quasi liberté d'affectation de ces dépenses qui représentent une part très significative des coûts de personnel¹².

Enfin la disparition de la logique budgétaire est achevée par l'instauration du principe de libre affectation des résultats de chaque section tarifaire. Même si des règles de priorité sont prévues par les textes, il n'est plus possible aux autorités de tarification de reprendre les éventuels excédents de la section tarifaire qu'ils pilotent. En parallèle l'organisme en déficit ne peut plus recevoir d'aide financière.

L'action des tutelles se transforme donc profondément. C'est maintenant principalement par une contractualisation renouvelée, avec les CPOM, qui remplacent les anciennes conventions tripartites, qu'elles doivent chercher à orienter l'action des établissements. Ces contrats permettent notamment de définir des objectifs vers lesquels les excédents éventuels pourront prioritairement s'orienter et ajouter le cas échéant des « crédits complémentaires » qui compléteront la recette calculée en fonction de l'équation tarifaire pour valoriser ou permettre tel ou tel type d'action et d'orientation. Les crédits complémentaires financent également les modalités d'accueil particulières autres que l'hébergement permanent¹³. Le CPOM est signé avec un organisme gestionnaire pour l'ensemble des structures qu'il pilote dans le département, ou en pluri-départemental en cas d'accord des conseils départementaux.

¹⁰ « L'autorité de tarification peut s'opposer à l'état des prévisions de recettes et de dépenses lorsque celui-ci n'est pas fixé conformément aux dispositions de l'article R. 314-221 ou n'est pas accompagné des documents mentionnés à l'article R. 314-223. Ce refus peut également être fondé sur un désaccord sur la répartition d'une dotation globalisée commune ou sur l'évolution des équilibres et ratios financiers. »

¹¹ Ni, à l'intérieur du tarif soins, les 4 modalités possibles de tarif (partiel, global, avec ou sans pharmacie à usage intérieur)

¹² Les catégories de personnel « fongibles » entre sections tarifaires deux à deux représentent environ 70 % des ETP en moyenne.

¹³ hébergement temporaire (HT), accueil de jour (AJ), pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), Unités d'hébergement renforcé (UHR), plateformes de répit

La réforme tarifaire organise ensuite une période de transition vers ce modèle. Puisque l'on passe d'une tarification à la dépense à une tarification à la recette, des écarts importants peuvent exister entre le point de départ et le point d'arrivée. Les textes prévoient donc une convergence en 7 années, par septième, de la recette « historique » vers la recette cible résultant pour l'établissement de l'équation tarifaire. Cette « trajectoire » peut se modifier au cours du temps, notamment au moment de la signature du CPOM. Celle-ci est en effet l'occasion de réaliser une nouvelle coupe Gir et Pathos et donc de mettre à jour la « recette cible » de l'établissement. Le terme de la période de transition est cependant maintenu constant.

La réforme tarifaire n'aborde la question du tarif « hébergement » que plus marginalement. En l'attente de la signature d'un CPOM, le principe de l'examen contradictoire des dépenses pour la fixation du tarif subsiste pour les établissements habilités à l'aide sociale. La signature du CPOM doit cependant permettre de basculer dans un dispositif plus souple avec une visibilité pluriannuelle du tarif ou de ses conditions d'évolution. Les textes définissent un socle minimal des prestations qui doivent être financées par ce tarif, ouvrant ainsi la possibilité de tarifications complémentaires pour certaines prestations hors socle commun. Enfin les assouplissements évoqués précédemment sur l'affectation de certaines dépenses par section tarifaire et pour l'affectation des résultats s'appliquent également à la partie hébergement à partir de la signature du CPOM.

3.2 Les sous-jacents principaux

3.2.1 La tarification à la recette « dépendance » et « soins » est centrée autour du résident et non de l'établissement

On tient compte uniquement du niveau de dépendance et du besoin de soins de la personne mesurés lors des coupes Gir et Pathos. On ne tient en revanche pas compte de l'établissement dans lequel cette personne va être hébergée, ni de ses caractéristiques architecturales, géographiques ou environnementales, ni de son statut, ni du projet de l'établissement. Les éléments spécifiques à l'établissement ne peuvent se retrouver en réalité que dans les éventuels « crédits complémentaires » que le département ou l'ARS peuvent affecter en fonction de leurs disponibilités budgétaires et dans le tarif « hébergement » mais celui-ci dépend également d'autres éléments, notamment de l'objectif d'accessibilité financière.

3.2.2 Les dispositifs de valeur « cible » et donc les mécanismes de convergence vers ces valeurs « cible » sont de nature assez différente entre les sections « dépendance » et « soins »

La première différence est directement liée au périmètre de compétence des acteurs : une valeur cible départementale pour la dépendance et une valeur cible nationale pour les soins.

La seconde différence est liée au mode de convergence. Pour la dépendance, la réglementation prévoit une convergence vers une valeur moyenne, sauf si le département en décide autrement. C'est donc une convergence qui repose principalement sur des réaffectations de ressources entre les acteurs avec théoriquement à peu près autant de « gagnants » que de « perdants ».

Pour les soins la convergence se fait vers des valeurs « plafond » rarement atteintes précédemment, d'autant plus qu'un mécanisme de convergence à la baisse fonctionne depuis 2009 pour les établissements qui se situaient au-dessus des « plafonds ». Il s'agit donc d'une convergence

principalement à la hausse avec des « gains » différenciés en fonction du niveau de départ plus ou moins éloigné de la cible. Les données de la CNSA montrent ainsi que 85 % des établissements gagnent à la convergence, environ 10 % sont à peu près stables et seulement 5 % sont en baisse programmée.

Ces différences de nature doivent cependant être nuancées. En effet les effets de la convergence « dépendance » ont été adaptés dans chaque département par rapport au minimum que prévoyait la réglementation. Le fait que ces éléments soient par nature difficilement lisibles au niveau national ne doit pas néanmoins les faire disparaître. Il n'a pas été possible à la mission de recenser l'ensemble des politiques départementales mises en œuvre mais la mission estime qu'environ la moitié¹⁴ des départements ont adopté des stratégies, adaptées à leur situation propre, mais qui ont souvent conduit à modifier les termes de la convergence.

Il faut d'abord rappeler que la mise en place de la réforme tarifaire peut avoir eu un coût initial pour les départements. Certains départements pratiquaient encore une APA individuelle sans verser de dotation aux établissements¹⁵. La réforme oblige au passage à la dotation globale qui peut entraîner un surcout¹⁶, même si les effets sont complexes à simuler et peuvent jouer également dans l'autre sens. Les modalités de calcul de la dotation peuvent également conduire à une majoration via la prise en compte obligatoire d'un taux d'occupation prévisionnel à 100 % alors que, dans le système précédent, un taux prévisionnel d'occupation plus réduit pouvait être utilisé¹⁷.

Bien que le calcul de la valeur du point Gir départemental 2017 ait été encadré par la réglementation, les fédérations ont souligné auprès de la mission que les modalités de calcul avaient pu être différentes d'un département à l'autre. Certains départements ont pu à cette occasion retenir une modalité de calcul plus favorable que celle prévue par le texte (par exemple en incluant les unités de soins de longue durée (USLD), dont les tarifs sont plus élevés, ou en intégrant les déficits dans le calcul de la moyenne). Au-delà de la valeur 2017 qui a été largement commentée compte tenu des écarts entre départements révélés à cette occasion, le calcul de la valeur 2018 a pu être l'occasion de revalorisations importantes dans certains départements.

Enfin les départements ont adopté des stratégies d'accompagnement ou de compensation de la convergence elle-même. Certains départements ont reporté la mise en œuvre de la convergence à l'année 2018. D'autres ont appliqué la convergence mais uniquement à la hausse. D'autres ont attribué des crédits complémentaires qui ont pu indirectement compenser pour partie la convergence à la baisse ou directement dans le cadre d'un contrat sur objectifs. D'autres enfin ont recherché un ajustement plus global par exemple en revalorisant le tarif « hébergement » des établissements habilités à l'aide sociale avec un objectif d'amortissement des baisses liées à la convergence « dépendance ».

L'absence de base de données partagée entre Etat et départements sur l'ensemble des décisions tarifaires ne permet pas de mesurer l'effet au niveau national de ces politiques d'ajustement départemental mais cet effet existe bien dans un grand nombre de départements.

¹⁴ Bien qu'aucune étude précise n'ait été menée département par département, les échanges avec les ARS ont permis d'estimer la part des départements qui ont retardé la réforme ou l'ont accompagnée de diverse manière en 2017 à environ la moitié des départements. L'observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) a également lancé une enquête flash en cours d'analyse pour recenser les choix départementaux.

¹⁵ Selon l'enquête EHPA 2015 de la DREES environ 2/3 des Ehpad étaient financés en dotation globale au titre de l'APA au 31 décembre 2015.

¹⁶ Par exemple si un certain nombre de résidents ne demandaient pas le bénéfice de l'APA

¹⁷ Les effets combinés des différentes dispositions qui ont pour objet de concilier le principe d'une dotation globale avec la règle maintenue d'une prestation APA individuelle avec des tickets modérateurs et un rattachement des résidents à plusieurs conseils départementaux sont cependant extrêmement complexes et il est difficile de les modéliser.

3.2.3 Un effort budgétaire conséquent mais dont l'impact est fortement brouillé

Alors que la réforme tarifaire était associée dans l'esprit de beaucoup d'acteurs à celui de la remise à niveau des moyens, les modalités retenues pour les deux convergences ont brouillé ce message et conduit à des incompréhensions parfois très fortes.

Le principe consistant à retenir le « tarif plafond » des soins comme recette cible portait cette idée de remise à niveau puisque ce tarif plafond n'était que rarement accordé dans la période précédente. Le lancement et la programmation des CPOM avec le principe d'une nouvelle coupe Gir et Pathos devait par ailleurs permettre de « reconnaître » l'augmentation des besoins qui a marqué la dernière période. Le rythme des coupes Gir/Pathos était tel que beaucoup d'établissements avaient au moment de la réforme ou ont encore (tant que le rattrapage engagé n'est pas achevé) des coupes vieilles de 6 à 10 ans¹⁸. L'effet combiné des nouvelles coupes et d'une fixation des recettes au tarif plafond doit permettre cette remise à niveau des moyens. L'effort budgétaire consenti dans ce cadre est d'ailleurs conséquent puisqu'un budget de 100 M€ par an de revalorisation des recettes a été prévu au titre du seul tarif « soin ».

L'effet combiné des deux convergences a cependant conduit à créer une réalité différente pour une partie des acteurs.

L'étalement sur 7 ans de la convergence soins a été perçu comme trop long pour l'ensemble des établissements. Il est vrai que dans la période précédente, les remises à niveau se faisaient en général en une fois, au moment de la coupe Pathos, c'est à dire tous les 6 à 7 ans. Cette fois-ci la convergence sur 7 ans permet de revaloriser 85 % des établissements chaque année mais avec des montants par nature plus faibles. L'effet de revalorisation est donc atténué même s'il est continu.

Mais c'est surtout l'effet de la convergence « dépendance » qui modifie le plus les impacts et les perceptions.

Environ la moitié des établissements bénéficient d'une convergence à la hausse au titre de la dépendance qui vient accompagner la revalorisation au titre du tarif soins.

Pour les établissements qui à l'inverse s'inscrivent dans une convergence « dépendance » à la baisse l'impact est évidemment très différent et l'écart aux attentes parfois très fort. Même si très peu d'établissements perdent des recettes à la fois au titre de la dépendance et au titre des soins, un nombre significatif d'établissements, autour de 20 à 25 % se retrouvent avec une recette globale « soins+dépendance » en baisse (sur la base des données de la CNSA sur un échantillon qui correspond à 2/3 des établissements¹⁹), le « gain » sur les soins étant plus que compensé par la « perte » dépendance. Pour l'autre partie des établissements il n'y a pas de perte globale de recette mais un amoindrissement parfois assez fort de la remise à niveau sur les soins par une perte de

¹⁸ Les éléments transmis par la CNSA début 2018 montrent que malgré le rattrapage engagé en 2016 et 2017, 18 % des coupes datent encore de plus de 5 ans (coupes réalisées en 2012 ou dans les années antérieures), 14 % ont 5 ans (coupes réalisées en 2013).

¹⁹ Ces chiffres résultent d'une estimation réalisée à partir d'une base de données construite par la CNSA à partir des comptes administratifs des EHPAD 2016 remontés à la caisse (soit pour environ 2/3 des EHPAD) qui permet de reconstituer l'impact théorique de la convergence en prenant les produits de la tarification de la dépendance 2016 et en simulant leur évolution en tenant compte des valeurs de points Gir départemental publiées. Cette estimation indirecte peut être parfois imprécise établissement par établissement mais la mission a pu vérifier en croisant avec d'autres sources partielles issues soit directement des départements soit d'une fédération dans certains départements ou régions qu'elle donnait une bonne idée de l'ordre de grandeur de la convergence.

recette sur la dépendance²⁰. Ces chiffres s'entendent avant l'impact des mesures prises le cas échéant dans les départements pour ajuster la convergence « dépendance » en 2017 et en 2018.

C'est ce fort écart entre les attentes et la réalité et le fait qu'il concerne non pas quelques établissements mais un nombre très significatif qui est ressorti de la médiation et de l'analyse des chiffres détaillés.

L'effort budgétaire est donc conséquent, il permet une remise à niveau des moyens pour un grand nombre d'établissements mais il n'atteint pas une partie minoritaire mais significative du secteur.

3.2.4 Un effet théorique qui n'a pas été anticipé...

Ce phénomène n'a pas pu être anticipé. En effet il n'a pas été possible à l'Etat et aux départements de mener une étude d'impact préalable à la mise en œuvre de la réforme. L'absence de base de données nationale à partir des politiques tarifaires départementales a rendu difficile toute étude préalable. La mesure des effets macroéconomiques positifs de la réforme, qui sont réels²¹, ont ensuite masqué une réalité établissement par établissement qui n'est accessible que maintenant au vu des exercices tarifaires réels de l'année 2017 et de l'année 2018.

3.2.5 ...et qui est très variable en fonction des secteurs

L'examen des effets financiers de la réforme montre un effet différencié en fonction des secteurs. L'examen de la liste des « gagnants » et des « perdants » pour chaque tarif et pris globalement montre que l'on trouve des établissements publics et privés dans toutes les catégories²². Pour autant l'impact sur chacun des secteurs pris globalement apparaît nettement différencié.

Si le pourcentage d'établissements globalement perdants se situe autour de 20/25 % tous secteurs confondus, il monte à près de 35/40 % pour le secteur public, contre environ 8 % dans le secteur privé commercial, le secteur non lucratif se situant autour de la moyenne de 20/25 %. Ces chiffres montrent que les situations antérieures, que les convergences viennent corriger, étaient inégales entre les secteurs mais les causes de ces inégalités ne sont pas suffisamment approfondies aujourd'hui et leur résorption pose clairement un problème de gestion de la transition.

²⁰ A titre d'illustration, si l'on prend la partie des établissements qui ont à la fois une convergence « soins » positive, une convergence « dépendance » négative et un gain net sur les deux convergences (environ 20 % des établissements), alors que le gain sur le soin dépasse 10 % de la recette « soins » historique dans environ 80 % des cas, cette proportion tombe à 10/15 % lorsqu'on retire du gain sur le soin la perte rencontrée sur la dépendance.

²¹ Les chiffres produits par la CNSA lors du comité de suivi de la réforme en septembre 2017 montre un solde net de dépense d'environ 400M€ au titre de la réforme résultant d'effets à la hausse de 608 M€ et d'effets à la baisse de 210 M€.

²² Ainsi contrairement à ce qui est parfois dit, les établissements publics ne sont pas systématiquement « perdants » à la convergence « dépendance » et 30 à 40 % des établissements publics bénéficient d'une convergence positive sur ce tarif. Les analyses macroéconomiques produites par la CNSA lors du comité de suivi de la réforme en septembre 2017 montrent qu'au total le secteur public bénéficie de 100 M€ au titre de la réforme, cet effet étant le solde net entre un gain de 165 M€ au titre du soin et d'une perte de 65M€ au titre de la dépendance. La perte de 65M€ sur la dépendance est elle-même le solde net entre des gains de 60M€ pour une partie des établissements publics et des pertes de 125M€ pour les autres établissements publics.

3.2.6 Des effets réels qui ne peuvent être complètement mesurés aujourd'hui car ils dépendront du résultat des coupes Gir et Pathos qui seront réalisées au cours des prochaines années

Les effets « automatiques » de la convergence doivent ensuite être nuancés par l'établissement par les effets liés à la validation de nouvelles coupes Gir et Pathos. Le travail de mise à jour des coupes n'étant pas terminé, le bilan des deux convergences sur 7 ans ne peut être définitivement tiré. Certains établissements vont sortir « spontanément » des zones actuelles de « pertes de recette » parce que le niveau reconnu de leurs besoins va être significativement revalorisé. A l'inverse d'autres vont entrer dans une trajectoire plus difficile en cas de baisse du niveau des coupes validées. Même si ce cas est beaucoup moins fréquent que le premier compte tenu des évolutions tendancielle à l'œuvre, il n'est pas pour autant inexistant et pose la question de l'accompagnement des établissements concernés.

3.2.7 Le caractère stratégique des coupes Gir et Pathos est renforcé par la réforme

Ces évolutions à venir de la situation des établissements permettent de pointer une autre caractéristique de la réforme tarifaire, celle de la dépendance extrême aux coupes Gir et Pathos. Bien sûr ces coupes existaient déjà et jouaient déjà un rôle très important. Pour autant si elles constituaient un élément central pour les tarificateurs, ceux-ci conservaient des possibilités de modulation.

Avec la réforme les coupes deviennent le déterminant unique de l'équation tarifaire. Leur caractère stratégique en est donc accru mais les défauts du dispositif deviennent aussi moins acceptables par les acteurs.

L'analyse de la pertinence des coupes n'était pas dans le périmètre de la mission mais il faut noter deux problématiques assez consensuelles.

La première est liée à la plus ou moins grande pertinence des grilles pour prendre en compte les actions de prévention²³ ou valoriser certains troubles du comportement, très consommateurs de ressources en Ehpad. Une nouvelle grille permettant de répondre au moins en partie à ces critiques est en cours de finalisation mais elle n'est pas encore introduite dans le dispositif de tarification.

La seconde est liée au décalage potentiel entre la situation d'un établissement un jour donné, le jour de la coupe, et sa situation au long cours. La faible durée de séjour en Ehpad et le « turn over » des résidents rend le principe d'une mesure faite un seul jour tous les 6 ou 7 ans critiquable. C'est d'autant plus vrai que la taille parfois réduite des établissements ne permet pas toujours à la loi des grands nombres de jouer. Le nouveau dispositif devrait permettre d'accélérer le rythme des coupes et d'en réaliser tous les 3 ans mais il faudra pouvoir tenir ce rythme du côté des ARS et des départements.

²³ L'action de prévention nécessite des moyens ; elle permet d'éviter une dégradation du niveau de dépendance ou du besoin de soins ; or c'est cette dégradation qui est valorisée dans l'équation tarifaire en fondant les ressources sur le niveau de dépendance ou le besoin de soins effectif au moment de la coupe.

3.2.8 Le décalage entre la réforme tarifaire et la programmation des CPOM est dommageable

La réforme ne peut se réduire aux deux équations tarifaires automatiques. Les « tutelles » doivent avoir une discussion globale avec les établissements dans le cadre des CPOM. Ce cadre est bien adapté pour prendre en compte les spécificités de l'établissement et l'orienter sur un projet partagé avec les autorités.

Il n'était matériellement pas possible de conclure des CPOM avec l'ensemble des établissements en une seule année. Il y a donc déconnexion entre la mise en œuvre de la réforme tarifaire pour tous les établissements en 2017 et le dispositif des CPOM qui s'étalera sur plusieurs années. C'est une des difficultés de l'exercice car l'exercice CPOM n'a pas permis d'identifier et de gérer les effets inattendus de l'équation tarifaire qui apparaissent pour un nombre important d'établissements.

3.2.9 Une place insuffisante laissée aux éléments de tarification parallèles à l'équation tarifaire dans la construction budgétaire

Les forfaits globaux « dépendance » et « soins » associent à l'équation tarifaire la possibilité de verser des crédits complémentaires. Les outils juridiques d'une gestion adaptée à chaque établissement en fonction de l'analyse partagée avec les autorités de tarification existent donc²⁴.

Mais ces dispositifs ont été peu valorisés dans la mise en place de la réforme. Outre l'étalement dans le temps de la négociation des CPOM, le calibrage budgétaire des crédits complémentaires a été diversement organisé.

Pour les soins, les pouvoirs publics ont mis en place une enveloppe spécifique dès 2017 à hauteur de 50M€. Les ARS disposent par ailleurs encore de sources propres liées aux crédits non reconductibles, en particulier tant que les reprises d'excédents sont encore possibles²⁵.

Pour les départements en revanche, le dispositif réglementaire n'a pas prévu de financement pour les crédits complémentaires. La valeur du point Gir départemental publié en 2017 à partir des dépenses de dépendance 2016 ne laisse aucune part aux crédits complémentaires. C'est donc la totalité des dépenses 2016 du département au titre de la dépendance qui est recyclée dans l'équation tarifaire automatique. Pour dégager des crédits complémentaires, le département doit donc augmenter son budget « dépendance ». Au-delà du point de départ 2017, l'interprétation du texte réglementaire n'est pas évidente pour les années suivantes. La DGCS considère que pendant la période de transition le président du conseil départemental revalorise les tarifs « dépendance » d'un taux d'actualisation qu'il détermine conformément à l'article 5 du décret du 23 décembre 2016. Le texte codifié de l'article R 314-175 auquel il n'est pas explicitement dérogé dans l'article 5 pour la période 2018-2023, peut à l'inverse être interprété comme nécessitant la publication chaque année d'une nouvelle valeur du point Gir départemental selon la même méthode que la formule initiale applicable en 2017. Dans ce cas la valeur du point Gir départemental évolue automatiquement en fonction de la campagne tarifaire de l'année précédente. Le fait de verser des

²⁴ Il existe une incertitude sur la possibilité d'utiliser cet outil dans l'attente de la conclusion du CPOM. En effet les textes réglementaires semblent lier les crédits complémentaires aux CPOM. Dans les faits cette éventuelle contrainte juridique n'a pas fait obstacle aux versement de crédits complémentaires même lorsque le CPOM n'est pas encore négocié.

²⁵ Sur le budget 2017 au titre des reprises d'excédents de l'exercice 2015 et sur le budget 2018 au titre des reprises d'excédents de l'exercice 2016. Cette possibilité ne sera plus ouverte à partir du budget 2019 puisqu'il n'y a plus de reprise d'excédent possible à partir de l'exercice 2017, le premier de la réforme tarifaire.

crédits complémentaires en année n conduit alors à majorer la valeur du point Gir départemental en année n+1 et à les réinjecter de ce fait dans l'équation tarifaire automatique. Il a semblé à la mission que beaucoup de départements avaient appliqué cette seconde interprétation qui leur laisse donc peu de place pour la constitution d'un budget de crédits complémentaires.

La faiblesse de la place laissée aux crédits complémentaires est d'autant plus paradoxale que les acteurs s'accordent sur la nécessité d'orienter les Ehpad vers un nouveau modèle (cf 4.). Or ce sont principalement les crédits complémentaires qui permettront aux autorités publiques de favoriser l'engagement des établissements dans les évolutions souhaitées, l'équation tarifaire n'offrant aucun effet de levier direct.

3.2.10 Un deuxième effet de la réforme reste à venir autour de la gestion des excédents et déficits

Bien que l'attention soit aujourd'hui principalement portée sur les convergences tarifaires, la réforme va produire progressivement d'autres effets financiers. Le principal est celui de la gestion des excédents et des déficits. L'organisme gestionnaire sera désormais libre de l'affectation de ses éventuels excédents, quelle que soit la section à l'origine de l'excédent. Mais dans le cas inverse d'un déficit, les mécanismes de reprise qui avaient pu être mis en place par les ARS et les départements n'existeront plus. Elle supprime les effets plus ou moins intégrés de mutualisation qui pouvaient s'organiser précédemment (reprise des excédents par l'autorité de tarification qui constitue une marge de manœuvre qui permet pour partie d'aider les établissements en déficit).

Il est important d'anticiper dès maintenant ces effets de la réforme et de développer les dispositifs d'accompagnement des Ehpad en difficulté. La réflexion a été lancée dans le réseau des ARS avec l'aide de l'ANAP. Cette partie de l'action publique doit rester active quelles que soient les évolutions éventuelles sur les convergences tarifaires elles-mêmes.

3.2.11 L'absence du tarif « hébergement » dans la réflexion tarifaire est embarrassante compte tenu de son poids dans le budget des établissements

Les éléments relatifs au tarif hébergement dans la réforme tarifaire sont réduits (cf 3.1). L'équilibre économique des établissements ne peut pourtant pas se construire sans prise en compte de cette section compte tenu de son poids, supérieur à la moitié des dépenses. L'assouplissement de l'affectation des dépenses de personnel aux différentes sections tarifaires et la liberté d'affectation des excédents des différentes sections tarifaires renforcent le besoin d'une analyse globale. Le dispositif de l'EPRD permet de construire cette analyse et il serait utile qu'il puisse nourrir, en particulier dans le cadre du CPOM, une discussion de fond avec l'ensemble des parties prenantes sur les impacts de la tarification « hébergement » sur l'équilibre global et donc indirectement sur les autres sections tarifaires.

4 UN MODELE EN TRANSFORMATION

4.1 Bien que l'on parle de « modèle » de l'Ehpad, c'est la diversité, plutôt que l'unité qui frappe au premier abord

Il faut rappeler pour commencer que le modèle actuel est marqué par une forte diversité :

- diversité des **tailles** d'établissement, des contextes architecturaux, de la qualité et de l'adaptation du bâti, de l'ancienneté et de l'histoire récente ou ancienne de l'établissement ;
- diversité des **environnements** géographiques rural, urbain, périphérique, avec une offre quantitativement élevée ou plus faible par rapport à la population du territoire ; diversité dans l'intégration à la vie sociale du territoire ;
- diversité des **statuts** public (hospitalier, territorial ou autonome), privé non lucratif, privé commercial, habilité ou non, totalement ou partiellement à l'aide sociale ; en conséquence diversité des niveaux de tarif « hébergement » à la charge des familles ; diversité aussi dans le niveau d'isolement de l'établissement ou à l'inverse dans son niveau d'intégration dans un ensemble plus vaste voire dans un grand groupe ;
- diversité des profils de **résidents** avec des niveaux de dépendance et de besoins de soins variés, des origines d'entrée différentes (sortie d'hôpital en soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou arrivée du domicile le cas échéant après un parcours comprenant des hébergements intermédiaires ou encore transfert en provenance d'un autre Ehpad²⁶) ;
- diversité en fonction des degrés de **spécialisation** des établissements, de la présence d'unités spécialisées (Alzheimer par exemple) ou non, reconnues ou de fait, la présence ou non d'un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) ;
- diversité dans les **salariés**, plus ou moins qualifiés, plus ou moins stables dans l'établissement avec des âges moyens et des « turnover » différents et diversité dans les **organisations du temps de travail** ;
- diversité dans l'intégration plus ou moins forte au sein d'une **filière gériatrique** pour la prise en charge sanitaire avec un lien plus ou moins direct avec l'hôpital, le recours effectif ou non à l'hospitalisation à domicile (HAD), une organisation des soins plus ou moins développée en interne avec des médecins salariés dans le cadre du tarif global ou des médecins libéraux, une présence infirmière continue ou non ;
- diversité dans l'intégration dans une **offre de service diversifiée** pour la prise en charge de la dépendance sur un territoire du domicile à l'établissement, la présence d'un accueil de jour ou d'un accueil temporaire, la coopération avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; diversité dans les projets de vie de l'établissement,
- diversité dans la vitalité de la commission de vie sociale et l'implication des **familles** etc...

4.2 Un secteur qui fait preuve d'une grande capacité d'innovation

L'esprit d'innovation du secteur est le deuxième élément qui doit être souligné à côté de la diversité. Les établissements, en lien avec les ARS et les conseils départementaux, ont été actifs dans les dernières années pour mettre en place des innovations notamment organisationnelles pour répondre aux enjeux de la période dont certaines sont devenues institutionnelles comme les PASA et d'autres encore expérimentales.

²⁶ Selon l'enquête EHPA 2015 de la DREES les entrées en EHPAD au cours de l'année 2015 proviennent à plus de la moitié du domicile, à plus d'un quart du système hospitalier (court séjour, SSR, USLD) et pour le reste principalement d'autre EHPAD ou d'hébergements intermédiaires.

4.3 L'ensemble des acteurs se retrouvent pour constater des évolutions structurelles communes liées à l'évolution de la population résidente

Les nombreux échanges qu'a pu avoir la mission avec un grand nombre d'acteurs au niveau national et territorial ont confirmé l'intensité du débat déjà ouvert dans le cadre de la concertation menée par la ministre autour de sa feuille de route sur les personnes âgées, des débats du conseil de la CNSA mais aussi des déclarations et revendications affichées dans le cadre du conflit des Ehpad par les fédérations, les associations et les organisations syndicales, autour du « modèle » de l'Ehpad et de son évolution pour demain.

4.3.1 Bien sûr la première évolution structurelle concerne l'évolution de la population résidente

La transformation est profonde avec une arrivée en Ehpad de plus en plus retardée à mesure que la politique de maintien à domicile progresse²⁷ et un niveau de dépendance et de besoin de soins aggravé²⁸, des durées moyennes de séjour en établissement qui évoluent peu mais restent courtes²⁹.

Même si l'évolution n'est pas nouvelle et que l'Ehpad a toujours été conçu pour apporter un accompagnement en soins à des personnes qui en avaient besoin, c'est le niveau atteint par cette évolution qui change la nature des établissements. Même s'il y a des résidents qui séjournent en Ehpad pendant une période longue, une des missions principales des établissements consiste désormais à gérer l'extrême fin de la vie avec un niveau de soins très élevé.

4.3.2 Un débat autour du taux d'encadrement humain qui est légitime

Cette évolution constitue la principale explication de l'augmentation des besoins de prise en charge. Plus la dépendance et le besoin de soins augmentent plus l'accompagnement attendu est important soit pour suppléer aux déficiences des personnes dans les actes de la vie courante, assurer leur surveillance des personnes, mais aussi les accompagner pour limiter et prévenir les dégradations nouvelles.

Aujourd'hui cet accompagnement est principalement humain même si la technologie apportera progressivement des appuis intéressants. Il nécessite du temps et de la compétence, mise en œuvre souvent dans un cadre pluridisciplinaire et pluriprofessionnel.

Le débat autour du taux d'encadrement est de ce point de vue légitime³⁰. La mission n'a évidemment pas la compétence pour déterminer ce qui serait un niveau adéquat. Elle a néanmoins

²⁷ L'âge moyen d'arrivée en Ehpad passe de 83 ans et 10 mois en 2007 (enquête EHPA 2007 de la DREES) à 85 ans et 2 mois en 2015 (enquête EHPA 2015 de la DREES) soit un décalage de 16 mois en 8 ans, soit 2 mois par an. Entre les enquêtes EHPA de 2011 et 2015, soit 4 ans, la proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus parmi les résidents en institution passe de 29 à 35 %

²⁸ Selon la CNSA, le niveau de Gir moyen pondéré (GMP) mesuré passe de 680 à 722 entre 2010 et 2016 soit une progression de 6 % sur la période et le niveau de Pathos moyen pondéré (PMP) mesuré passe de 180 à 211 sur la même période soit une progression de 17 %. Selon l'enquête EHPA 2015 de la DREES moins de 11 % des entrées en EHPAD concernaient des résidents en GIR 5 et 6 avec un niveau d'autonomie significatif

²⁹ en moyenne de 2 ans et 5 mois en 2015 selon l'enquête EHPA 2015 de la DREES

³⁰ et c'est bien ce que visent à définir les équations tarifaires associées aux grilles Gir et Pathos

constaté dans beaucoup d'endroits une tension continue entre besoins et moyens en particulier autour du cœur de l'accompagnement en soins des médecins, infirmières et aides-soignantes.

L'engagement des pouvoirs publics a d'ailleurs permis d'augmenter ce taux d'encadrement y compris en tenant compte de la dérive des niveaux de dépendance et de besoins de soins³¹. Le mécanisme de la réforme tarifaire et notamment le lien automatique entre la recette et le besoin de soins mesuré par le GMP et le PMP ainsi que la fixation progressive des recettes au niveau des tarifs plafond va permettre de poursuivre ce mouvement.

Le rythme de progression peut cependant être questionné. Il y aurait beaucoup d'avantages à l'accélérer mais on ne peut ignorer les contraintes budgétaires qui sont-elles mêmes légitimes.

Au-delà du rythme de rattrapage, la question qui peut être posée aujourd'hui est celle de savoir si nous sommes dans une période de tension entre les besoins et les moyens qui va progressivement se résorber à la fin de la période de convergence ou si la « course » engagée dans les dernières années va se poursuivre et que, la dérive de la dépendance et du besoin de soins se poursuivant, la tension sur les moyens disponibles va elle-même perdurer.

4.3.3 Pour autant la question du taux d'encadrement ne peut résumer à lui seul le débat sur les Ehpad.

S'il y a eu évolution forte mais spontanée du modèle de l'Ehpad il est alors nécessaire d'avoir une réflexion spécifique pour vérifier si le nouveau modèle qui s'est imposé dans les faits est bien celui qui est souhaité ou si la politique publique doit orienter vers d'autres formes d'organisation, ce que certains appellent « l'Ehpad de demain ».

La mission n'avait ni la légitimité, ni le temps pour s'engager dans l'exploration de ce débat. Elle constate néanmoins que beaucoup de questions sont posées dont certaines peuvent avoir un impact sur les approches tarifaires.

4.3.3.1 Les premières questions renvoient au modèle même de l'établissement

Faut-il et peut-on aller au bout de la logique qui privilégie le maintien à domicile en développant toutes les solutions de maintien à domicile ou intermédiaires en écartant presque complètement la perspective de l'Ehpad tel qu'il existe aujourd'hui ou en le réservant aux cas les plus lourds ou extrêmes avec alors un rapprochement de plus en plus évident avec les actuelles structures de soins de longue durée (USLD) ?

Y a-t-il à l'inverse encore une place pour un Ehpad, restant une forme de domicile, bien différencié d'une structure de soins de longue durée, qui peut être encore un choix du résident et de la famille dans le cadre d'un parcours beaucoup plus diversifié et organisé qu'aujourd'hui entre les différentes formes de prise en charge de la dépendance ?

Peut-on généraliser les pratiques d'ouverture des Ehpad sur la vie du territoire, y faire venir des activités de « l'extérieur », faire participer les résidents à l'activité de l'établissement lui-même en fonction de ses possibilités comme cela se pratique parfois ?

³¹ Ainsi la DREES a réalisé une étude sur les taux d'encadrement tels qu'ils ressortent des enquêtes EHPA 2011 et 2015. Cette étude montre que le niveau d'encadrement est bien relié au niveau de GMP de l'établissement et que dans chaque catégorie homogène de niveau de GMP il progresse bien entre les deux enquêtes avec des évolutions de 2 à 5 points suivants les niveaux de Gir.

Faut-il dans un modèle ou un autre aller vers des Ehpad organisés en fonction des problématiques propres des résidents, avec des Ehpad spécialisés ou comprenant en leur sein des unités spécialisées et des gradations de prise en charge sur un territoire dans le cadre d'un parcours, la ligne de partage avec les USLD pouvant être modifiée dans ce cadre, notamment pour certains Ehpad hospitaliers ?

Faut-il transformer les Ehpad de leur fonction actuelle d'établissement en plateforme de services³² « dépendance », articulée avec d'autres types de prestations de services, structurant des expertises qui se déploient là encore autour d'un parcours beaucoup plus diversifié de la personne âgée entre le domicile et l'établissement, en poussant beaucoup plus loin les logiques déjà engagées d'accueil temporaire, accueil de jour³³, articulation Ehpad/SSIAD/SSAD etc... ?

D'une manière générale comment porter une logique d'offre qui se construit autour des besoins et des parcours des personnes et non l'inverse³⁴ ?

Ces questions ne peuvent être totalement tranchées sans intégrer l'effet de la technologie sur l'accompagnement des personnes âgées tant à domicile que dans les établissements. Les technologies liées à la domotique, à la robotique et aux objets connectés sont encore très peu entrées dans les établissements. Sont-elles de nature à prendre une grande place dans l'avenir et si oui quelle évolution est à attendre pour la prise en charge ? Notamment est-ce que cela est susceptible de libérer du temps pour un accompagnement humain accru des personnes âgées ?

4.3.3.2 D'autres questions renvoient au mode d'organisation et de fonctionnement des établissements.

L'évolution forte de la population résidente au cours des dernières années nécessite des évolutions dans les modes d'organisation et de prise en charge. Les évolutions ont été nombreuses et riches mais il n'est pas sûr que la réflexion soit encore arrivée au bout.

- Certaines innovations ont été construites avec les acteurs et accompagnées par les pouvoirs publics.

C'est le cas par exemple dans des registres très différents de la mise en place des PASA ou des UHR ou des unités Alzheimer dans un grand nombre d'établissement³⁵ ou encore la création de la compétence spécialisée d'assistant de soins en gériatrie (ASG) ouverte aux aides-soignantes et aux aides médico-psychologiques exerçant en Ehpad ou encore le développement des lève-personnes sur rail plafonnier dans les établissements pour faciliter les tâches des aides-soignantes.

- D'autres butent sur une réglementation qui n'a pas toujours évolué pour prendre en compte la transformation du modèle.

C'est par exemple le cas pour les questions liées à l'organisation des soins au sein des Ehpad. Le médecin coordonnateur joue un rôle majeur dans sa mise en place en lien avec l'infirmière coordinatrice. Or un nombre croissant d'établissements ne sont pas en mesure de disposer du

³² Ce que certains appellent Ehpad hors les murs

³³ Selon l'enquête EHPA 2015 de la DREES 21 000 places d'accueil de jour ou d'accueil temporaires sont disponibles au 31 décembre 2015 au sein des 600 000 places autorisées des Ehpad

³⁴ cf le rapport du sénateur Bernard Bonne qui propose d'engager une logique comparable à celle qui a été lancée dans le secteur du handicap à la suite du rapport Piveteau « zero sans solution »

³⁵ Selon l'enquête EHPA 2015 de la DREES, au 31 décembre 2015 20,6 % des Ehpad disposent d'un PASA, 3,3 % d'une UHR et 46,7 % d'une unité Alzheimer.

temps souhaité de médecin coordonnateur³⁶. Lorsqu'il est néanmoins présent celui-ci voit ses capacités d'intervention limitées par la compétence du médecin traitant libéral. Si dans une partie des établissements, ceux qui sont tarifés au « tarif global soins » et qui disposent de médecins salariés, la présence des médecins traitants libéraux s'est beaucoup affaiblie ou a complètement disparu, dans les autres elle reste essentielle.

Or l'effet combiné de l'augmentation du niveau de besoin de soins des résidents en Ehpad d'un côté et les problèmes de démographie médicale de l'autre, conduit à des situations d'organisation des soins très insatisfaisantes. La capacité à organiser la prise en charge soignante est limitée lorsqu'un grand nombre de médecins libéraux sont attachés à l'établissement par exemple en zone urbaine, ceci même lorsque le médecin coordonnateur peut faire valoir des compétences avancées en matière de gériatrie et que l'établissement est lui-même associé d'une façon ou d'une autre à une filière gériatrique. Mais cette capacité est encore plus compliquée à exercer lorsque les médecins traitants nombreux ou pas suivant les territoires disposent eux même de très peu de temps pour leurs patients, limitent leurs déplacements sur place, ne peuvent coordonner leurs passages avec les temps de présence de l'infirmière coordinatrice, rechignent à utiliser les outils numériques de l'établissement. Des situations insatisfaisantes de ce type ont été décrites à de nombreuses reprises dans le cadre des échanges avec les acteurs et lors des visites d'Ehpad.

- D'autres évolutions encore renvoient aux choix internes aux établissements dans leur projet et leur organisation en tenant compte des moyens financiers dont ils disposent.

La bonne adaptation des organisations et modes de travail aux besoins, du temps de travail, de la gestion des remplacements, du management intermédiaire, de l'organisation de la pluridisciplinarité, de l'adaptation des compétences aux besoins tels qu'ils ont été analysés, de la coordination avec les interventions des partenaires extérieurs à l'établissement, de la gestion de la nuit sont essentielles. L'importance de l'organisation du travail n'est pas propre à ce secteur. Mais la transformation profonde des besoins qui marque les Ehpad depuis quelques années rend véritablement central le travail sur ces questions.

- D'autres évolutions enfin dépassent le cadre strict des établissements et renvoient à des questions beaucoup plus sociétales

Les questions se posent autour de la valorisation des métiers et des filières (tant en termes d'image que de niveau de salaire), aux effets de générations par rapport aux contextes et contraintes du travail, au rapport à la mort dans ce secteur où elle est constamment présente.

La plupart des acteurs ont décrit à la mission un secteur en difficulté d'attractivité, difficulté qui serait croissante, avec des arbitrages anciens mais renforcés à son détriment au sein de l'ensemble sanitaire, médico-social et social.

Pourtant il serait possible de valoriser la professionnalisation des activités, la montée des compétences, le caractère pluridisciplinaire des activités conduites, les marges d'autonomie importantes que donnent ces métiers.

³⁶ Dans le cadre du tableau de bord de la performance de l'ANAP, parmi les établissements qui ont répondu à la question soit environ 5500 Ehpad, 13 % déclarent ne pas disposer d'un médecin coordonnateur en 2016.

4.3.3.3 Le niveau élevé de l'absentéisme et de l'accidentologie du travail³⁷ est un symptôme fort de la difficulté rencontrée pour gérer l'évolution du modèle

Il est à la croisée de toutes les problématiques, celles de la transformation des métiers et des missions liées à l'évolution de la population résidente avec les questions associées des compétences, de la formation, de l'attractivité, celle de l'insuffisance de moyens et des retards dans sa mise à niveau, plus ou moins accentuée suivant les établissements, celles des inadaptations des organisations de travail à ces évolutions, celle de la qualité de vie au travail, de la pénibilité et de la souffrance psychologique liée à ce type d'activité.

Il y a là un enjeu massif d'action pour les acteurs dont on voit bien qu'il peut conduire dans une boucle négative (les inadéquations de toutes sortes entraînent souffrance au travail et insatisfaction dans la prise en charge des résidents, qui entraîne absentéisme et accidentologie, difficultés de recrutements, qui accroissent à nouveaux les inadéquations etc...) ou dans une boucle positive pour laquelle la résorption des inadéquations limite l'absentéisme et augmente les ressources disponibles³⁸, facilite le recrutement et améliore la prise en charge des résidents etc...

4.4 Un questionnement autour de l'évolution des attentes des résidents et des familles et de l'encadrement des normes de sécurité

Le modèle des Ehpad évolue également en fonction de l'évolution des attentes des résidents et des familles. Beaucoup d'acteurs ont souligné ce qu'ils ressentent comme une transformation de l'exigence qui leur est adressée. Modification des exigences des résidents liée à l'arrivée progressive dans les Ehpad de nouvelles générations qui ont connu des modes de vie différents. Exigence des familles également qui sont légitimement attentives au caractère continu et attentionné de l'accompagnement de leurs aînés et acceptent mal les prises en charge qui ne sont pas immédiates et adaptées. Le fait d'être dans un établissement, et un établissement par nature très coûteux sur sa partie « hébergement » conduirait à des exigences qui ne seraient pas celles portées par les mêmes familles au domicile.

La participation des résidents et des familles à la commission de la vie sociale est de ce point de vue très importante pour nourrir le dialogue sur ces questions. Elle est cependant plus ou moins active suivant les établissements.

Les exigences de la normalisation seraient aussi croissantes selon un grand nombre des acteurs. Le terme « d'injonction contradictoire » a été souvent utilisé pour pointer l'écart entre la conception de l'Ehpad comme lieu de vie et domicile et des normes de sécurité de toutes sortes qui relèveraient plutôt d'un établissement sanitaire ou d'un lieu accueillant du public.

³⁷ Le taux d'absentéisme se situerait à 10 % environ. C'est le chiffre qui est habituellement cité et c'est ce qui ressort des données recueillies dans le cadre du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social avec les limites liées à la non exhaustivité de ce dispositif. Selon le baromètre réalisé par le cabinet Alma CG le taux d'absentéisme dans les Ehpad serait 1,3 fois plus important que dans le secteur de la santé. Le dernier rapport de la branche AT/MP du régime général souligne la forte augmentation des accidents du travail dans le secteur des services à la personne et notamment dans celui de l'hébergement pour personnes âgées.

³⁸ A titre d'illustration, une baisse de 1 point du taux d'absentéisme dans le secteur des Ehpad rend disponible l'équivalent de 4300 ETP, c'est à dire 0,6 ETP par Ehpad en moyenne.

4.5 La structuration du secteur constitue enfin une autre évolution forte des dernières années qui n'est pas moins marquante que celle liée à la population résidente

La structuration du secteur des Ehpad s'est en effet beaucoup modifiée dans les dernières années ce qui pose là aussi un questionnement sur le modèle.

La transformation concerne d'abord la dynamique de développement en fonction du statut des établissements. Si le secteur public reste aujourd'hui le secteur dominant³⁹, l'équilibre s'est néanmoins modifié dans les dernières années et la croissance du secteur a été davantage portée par le secteur privé commercial et dans une moindre mesure non lucratif que par le secteur public dont la croissance est d'ailleurs venue principalement de la transformation de lits d'USLD en Ehpad⁴⁰. La part du secteur public est ainsi passée de 55 % des places en 2007 à un peu moins de 50 % en 2015 alors que celle du privé commercial est passée de 18,5 % à 22 % sur la même période.

Ces évolutions ne sont pas sans lien avec la problématique de l'aide sociale compte tenu de la corrélation très forte entre statut public (ou dans une moindre mesure privé non lucratif) et habilitation totale à l'aide sociale et statut privé commercial et faiblesse ou absence de l'habilitation⁴¹.

Elles conduisent à des équilibres locaux qui peuvent varier en fonction de la densité des établissements et la part habilitée à l'aide sociale sur chaque territoire mais aussi en fonction de la politique d'habilitation des départements.

Même si les accès aux différents secteurs sont très structurés en fonction de la capacité contributive des familles, la divergence potentielle du cadre de gestion est considérable entre un premier modèle économique pour lequel le tarif hébergement⁴² est un des éléments de gestion qui peut être ajusté pour trouver l'équilibre recherché à court et moyen terme, y compris sur les investissements et un second modèle économique pour lequel le tarif « hébergement » est principalement une contrainte extérieure calculée en fonction de l'objectif d'accessibilité financière pour les résidents.

Mais, à l'intérieur des secteurs, la transformation a été profonde avec la montée en puissance des groupes dans le secteur privé commercial mais aussi dans le secteur non lucratif avec le développement des grands réseaux associatifs.

Le mouvement de coopération s'est également renforcé dans le secteur public. Il est relativement naturel pour les Ehpad « hospitaliers » avec le secteur sanitaire, les groupements hospitaliers de territoires (GHT) ouvrant d'ailleurs une nouvelle forme de coopération ou avec les autres services sociaux dans le cadre des grands centres communaux d'action sociale. Mais d'autres formes de coopération se sont aussi développées dans certains territoires avec la constitution de

³⁹ 50 % des places en Ehpad en 2015 selon l'enquête EHPA 2015 de la DREES (dont près de 22 % pour les Ehpad publics hospitaliers et près de 28 % pour les Ehpad publics non hospitaliers), près de 29 % pour le privé non lucratif et 22 % pour le privé lucratif

⁴⁰ Selon les enquêtes EHPA 2007, 2011 et 2015 de la DREES on constate que la progression du nombre de place est de 24 % pour le privé commercial, 19 % pour le non lucratif et seulement 10 % pour le public (et plutôt 6 % une fois retranchée la baisse des places en USLD) entre 2007 et 2011. Les taux passent respectivement à 12,4 %, 7,6 % et 2,8 % pour les évolutions entre 2011 et 2015.

⁴¹ Selon l'enquête EHPA 2015 de la DREES 93 % des Ehpad publics sont habilités totalement à l'aide sociale et 6 % partiellement ; dans le secteur privé lucratif les taux sont respectivement de 4 % et 37 % et dans le secteur privé non lucratif de 73 % et 18 %.

⁴² c'est à dire plus de la moitié du budget y compris le financement des investissements

groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), même si celles-ci restent encore limitées en nombre et dans le partage des missions et des compétences. Le jeu des remplacements de directeurs permet également aux ARS de construire des coopérations en nommant des directeurs sur des directions communes de plusieurs établissements appuyées le cas échéant sur des équipes territoriales de direction. D'autres acteurs encore ont construit des coopérations au sein de la filière autonomie (avec résidences autonomies, SSIAD, SAD ou autres types de services).

Même si les structures administratives dans les établissements sont proches quel que soit le secteur de rattachement avec un directeur et une équipe administrative réduite dans l'établissement lui-même, les établissements qui appartiennent à une structure de groupe ou qui ont pu mettre en place une coopération élargie bénéficient d'un appui tout à fait important pour gérer des expertises rares, appuyer la gestion des ressources humaines, faire des gains financiers grâce à la mutualisation et l'effet taille, fournir des systèmes d'information ou des solutions technologiques, « digérer » les évolutions de la réglementation et de la normalisation, sécuriser les processus stratégiques comme celui de la coupe Gir et Pathos, appuyer les projets etc...

A l'inverse les structures qui restent isolées font peser une pression considérable sur le directeur qui dispose de très peu de moyens administratifs et doit résoudre de pair les nombreux problèmes quotidiens opérationnels qui lui sont posés par les résidents, les familles, les salariés et les tutelles, y compris le week-end et pendant les congés et construire la stratégie et les projets indispensables au développement de son établissement.

5 PROPOSITIONS

5.1 Une mesure de neutralisation temporaire pour retrouver le temps de mesurer les impacts concrets de la réforme, les ajuster le cas échéant et les accompagner

Les conditions de la mise en œuvre de la réforme de la tarification sans qu'une étude d'impact préalable détaillée puisse être réalisée, le constat qu'un nombre important d'établissements se retrouvent en situation de perte de recette nette et enfin les nombreuses questions qui ont été soulevées par les acteurs au vu de cette mise en œuvre effective militent pour qu'une mesure de neutralisation temporaire des impacts financiers les plus négatifs soit mise en place.

La mesure de neutralisation a pour objectif de permettre aux acteurs de retrouver le temps nécessaire à la mesure des impacts concrets de la réforme, à la discussion d'ajustements ou d'accompagnements éventuels et à la préparation des évolutions induites, sans pour autant remettre en cause les avancées liées à la réforme et notamment les avancées en termes souplesse de gestion et les revalorisations de tarifs pour une partie importante des établissements.

C'est dans cet esprit que certains départements s'étaient d'ailleurs spontanément engagés en trouvant des mécanismes de retardement, lissage ou compensation des effets mécaniques de la convergence « dépendance ». Une telle mesure serait également cohérente avec les annonces très précoces de la ministre des solidarités et de la santé qui a annoncé le déblocage d'une enveloppe budgétaire de 27M€ en 2018 pour traiter les difficultés liées à la mise en place de la réforme.

Compte tenu des inquiétudes portées sur une convergence tarifaire qui s'étale sur 7 ans et de l'importance des questions qu'il sera utile de mettre à la discussion, le médiateur propose que la

période de « neutralisation » porte sur les deux années 2018 et 2019. Bien sûr rien n'empêche d'en sortir au bout de la première année si les points de sortie sont trouvés à temps.

Après échanges, le médiateur propose de prendre en compte les impacts combinés de la réforme tarifaire sur la dépendance et le soin car c'est bien la construction d'ensemble qui donne l'impact réel sur l'équilibre économique et social de l'établissement. Pour autant il est important de prendre en compte les spécificités de chacune des deux convergences dont les impacts sont différents. Il est important de tenir compte du fait que la convergence sur le tarif « soins » s'inscrit dans la continuité du mouvement engagé dans les années précédentes. Le médiateur considère donc qu'il ne serait pas logique d'en compenser les effets spécifiques même lorsque ceux-ci se situent à la baisse. A l'inverse il est souhaitable de traiter les impacts des baisses liées à la dépendance afin d'en limiter les effets, car c'est ceux-ci qui n'étaient pas anticipés. Il est notamment important de s'assurer qu'ils ne remettent pas en cause les mesures de mise à niveau des moyens sur les soins.

La neutralisation proposée apporterait donc une double garantie temporaire en cas de perte de recette au titre de la dépendance.

- La première garantie concernerait les recettes nettes sur l'ensemble « dépendance » et « soins ». En cas de perte nette malgré une convergence positive sur le soin, une recette temporaire viendrait neutraliser intégralement la baisse de recette de l'année 2018 puis de l'année 2019. En cas de convergence nulle ou négative sur le soin, la recette temporaire viendrait intégralement neutraliser la perte sur la dépendance.
- La seconde garantie viendrait limiter les effets spécifiques de la convergence « dépendance », quel que soit la situation sur le solde net combiné « dépendance + soins ». Il est proposé de mettre en œuvre cette neutralisation dès lors que les pertes de recettes « dépendance » de l'année 2018 puis de l'année 2019 dépassent un certain seuil que le médiateur propose de fixer à 5000 euros afin qu'aucun établissement ne subisse, au titre de chacune de ces années, une perte de recette « dépendance » supérieure à ce seuil, et que ses « gains » au titre du soin soient trop fortement amputés.

Ces mesures de neutralisation devraient pouvoir être portées par l'Etat et les départements et elles n'ont de sens que si les deux acteurs agissent de concert.

Compte tenu de l'état d'avancement de l'année budgétaire 2018, ces mesures de neutralisation pourront être apportées par les ARS en fonction des politiques qui ont été mises en œuvre dans les départements. Dans plusieurs départements les mesures prises par le président du conseil départemental rendront inutile le versement de l'une ou l'autre des mesures de neutralisation. Dans les autres l'ARS pourra l'apporter en utilisant l'enveloppe dégagée par la ministre.

Pour l'année 2019, une discussion s'engagera entre l'Etat et les départements, dans le cadre des chantiers qui seront ouverts plus largement sur la réforme tarifaire et la feuille de route sur la stratégie en direction des personnes âgées pour déterminer les modalités de financement et de versement de la neutralisation.

Recommandation n°1 : Mettre en place une mesure de neutralisation temporaire des effets les plus importants de la convergence à la baisse sur les années 2018 et 2019 en concertation avec les départements

5.2 Trouver les ajustements nécessaires pour adapter la mise en œuvre de la convergence tarifaire

5.2.1 Ouvrir une réflexion et une concertation sur les voies envisageables d'ajustement de la convergence tarifaire pour donner davantage de marges de manœuvre aux tarificateurs

Il paraît important au médiateur qu'une discussion entre les acteurs nationaux soit ouverte pendant la période couverte par la neutralisation afin d'évaluer le dispositif de convergence. Il ne s'agit pas de remettre en cause les principes fondamentaux de cette convergence mais de lui donner la souplesse qui lui manque aujourd'hui pour gérer les transitions dans de bonnes conditions.

Le principe directeur de la discussion que le médiateur propose concerne les marges de manoeuvre qu'il lui semble nécessaire de dégager à la main des tarificateurs à côté de l'équation tarifaire.

La constitution de ces marges de manoeuvre semble nécessaire au médiateur pour deux raisons :

- la première a trait à la nécessité d'apporter des modulations à une équation tarifaire qui ne peut prendre en compte toutes les réalités de l'établissement dont certaines peuvent entraîner un surcoût objectif qu'il est légitime de prendre en compte ;
- la seconde a trait à la nécessité d'apporter aux autorités publiques les leviers dont elles ont besoin pour faire évoluer le modèle de l'Ehpad en fonction du débat en cours sur sa transformation et d'encourager les innovations qui sont nombreuses dans ce secteur.

L'outil juridique de la marge de manoeuvre existe puisque la réforme prévoit que des « crédits complémentaires » peuvent être versés en complément de l'équation tarifaire⁴³.

Il est important d'en dégager également les moyens budgétaires.

C'est ce qui a commencé à être fait du côté du tarif « soins » puisque des enveloppes spécifiques ont été déléguées aux agences régionales de santé en 2017 et le seront à nouveau en 2018. Il est important de poursuivre le mouvement dans les prochaines années, d'autant plus que les marges de manoeuvre régionales qui étaient constituées principalement par les reprises d'excédent vont fortement se réduire à compter de l'exercice budgétaire 2019.

La construction de la convergence « dépendance » n'a en revanche pas favorisé la mise en place de crédits complémentaire (cf 3.2.9). Le dispositif prévu par le décret a obligé les départements à inclure la totalité de leurs financements dans l'équation tarifaire mise en place en 2017. Le texte, tel qu'il est rédigé, pourrait laisser craindre que cette obligation ne s'impose pas que pour l'année 2017 mais également pour les années suivantes et que tout crédit complémentaire attribué l'année n se retrouve dans l'équation tarifaire l'année n+1.

Il semble important au médiateur de déverrouiller cette règle si elle est confirmée ou de communiquer sur la bonne règle si elle ne l'est pas.

⁴³ Et sous réserve de s'assurer ou confirmer que ces crédits peuvent bien être versés aux établissements qui n'ont pas encore signé de CPOM pendant la phase de contractualisation prévue par les textes. Le décret fait en effet un lien explicite entre crédits complémentaires et CPOM, tant pour le soin que pour la dépendance.

Recommandation n°2 : Garantir la capacité des départements à mettre en place des crédits complémentaires « dépendance » sans impacter l'équation tarifaire et la convergence associée

Il s'agit ensuite de rechercher les moyens de redonner aux départements la marge nécessaire pour verser des crédits complémentaires.

Une partie de cette marge peut venir de l'investissement financier que les départements ont montré qu'ils étaient prêts à faire sur la prise en charge de la dépendance en établissement. Les échanges avec l'assemblée des départements de France montrent que le principe de cet investissement n'est pas contesté. Il s'agirait alors de distinguer dans cet investissement celui qui va à la réactualisation de la valeur du point Gir qui sert à l'équation tarifaire et celui qui va à la constitution des crédits complémentaires.

Dans le cadre financier actuel et sous réserve des évolutions qui pourraient être discutées dans le cadre de la feuille de route que doit présenter la ministre sur la stratégie « vieillissement », une autre partie peut venir d'un ajustement de la trajectoire de convergence telle qu'elle est actuellement prévue, par exemple en transformant la convergence à la moyenne par une convergence dans une « fourchette cible » dont la largeur devrait être calculée pour donner de la souplesse sans remettre en cause le mouvement de convergence positive qui a été engagé.

Il ne s'agit pas de cadrer un modèle national mais d'ouvrir aux départements des possibilités encadrées pour leur permettre d'ajuster le dispositif de convergence en fonction de leur situation propre⁴⁴ mais toujours avec l'idée de dégager une marge budgétaire pour des crédits complémentaires, sur l'utilisation desquels les départements devraient bien sûr communiquer comme cela est désormais fait sur les crédits complémentaires au titre du soin.

Recommandation n°3 : Donner au département la possibilité de financer des crédits complémentaires, en communiquant sur leur utilisation, à la fois par un investissement budgétaire mais aussi en permettant un ajustement des termes de la convergence « dépendance », une fourchette cible se substituant à la valeur cible unique prévue dans le décret de 2016

5.2.2 Essayer d'utiliser davantage les CPOM pour gérer la convergence tarifaire

La programmation de la négociation des CPOM a fait l'objet d'arrêtés par accord entre les ARS et les conseils départementaux. Ils se sont logiquement fondés principalement sur l'ancienneté des conventions tripartites auxquels les CPOM se substituent. Il apparaît au médiateur qu'il pourrait être utile d'ajuster à la marge ces programmations⁴⁵ afin d'inclure dans la première moitié de la période de contractualisation certains établissements qui sont fortement impactés par la convergence tarifaire, même si leur convention tripartite n'est pas très ancienne. C'est en effet l'examen collectif de la situation de l'établissement dans le cadre de la négociation du CPOM qui permet le mieux d'appréhender la situation, de trouver les correctifs éventuels lorsqu'ils sont

⁴⁴ Le schéma de sortie n'est en effet pas forcément le même entre un département pour lequel l'investissement financier est déjà très important et celui pour lequel il apparaît que l'effort financier est significativement inférieur à la moyenne nationale.

⁴⁵ Cette proposition reprend l'esprit de celle qui a été inscrite dans le rapport Bonne du Sénat sans pour autant aller jusqu'à suspendre la convergence tant que le CPOM n'est pas conclu.

justifiés et d'adapter les objectifs⁴⁶. Certains ARS et départements se sont déjà engagés dans cette approche qui mériterait d'être étendue dans davantage de départements.

Recommandation n°4 : Adapter la programmation des CPOM pour intégrer rapidement les établissements les plus touchés par la convergence dépendance à la baisse et faire du CPOM un outil de gestion de cette convergence.

Les ARS et les départements pourraient ainsi identifier dans chaque région un certain nombre d'établissements fortement impactés négativement par la convergence combinée « soins » et « dépendance ». Elles pourraient avancer la programmation des CPOM concernés. Cela pourrait permettre de vérifier que le niveau de Gir et de Pathos n'a pas évolué mais aussi de partager avec l'établissement un diagnostic de sa situation pour identifier les raisons principales de la convergence, les spécificités objectives qui sont mal prises en compte dans l'équation tarifaire, les éléments de diagnostic social et architectural utiles afin de trouver les moyens de gérer la transition budgétaire avec eux et les réorientations de ressources possibles vers les actions prioritaires souhaitées par les tutelles⁴⁷.

Pour donner toute sa chance à l'exercice CPOM et lui ouvrir tous les leviers pour accompagner la gestion de la transition tarifaire, il pourrait être utile de permettre au CPOM d'accélérer la convergence soins à l'instar de ce qui est déjà possible pour la dépendance.

Recommandation n°5 : Ouvrir la possibilité d'accélérer la convergence « soins » dans le cadre des CPOM

Une accélération de la contractualisation pourrait être associée à l'ajustement de la programmation si des marges de travail étaient dégagées autour de la procédure tarifaire tant pour les départements et les ARS que pour les établissements. Beaucoup d'acteurs ont souhaité lors des échanges un assouplissement du niveau de détail de l'EPRD et de la procédure d'approbation. Le principe même de l'approbation a parfois été mis en cause. Le fait que l'EPRD continue à donner un détail des dépenses par section tarifaire a été pointé comme contradictoire avec la liberté d'affectation prévue par la réforme. La mission n'a pas eu le temps de creuser ces questions mais celles-ci pourraient être travaillées avec les ARS et les conseils départementaux afin de vérifier si un assouplissement du dispositif et un allègement de la charge associée sont possibles⁴⁸ afin de réorienter les ressources vers la contractualisation.

Recommandation n°6 : Alléger les procédures liées à l'EPRD pour orienter les ressources vers la contractualisation

5.2.3 Sécuriser le rythme des coupes Pathos

La question des rythmes des coupes doit elle-même être discutée avec les ARS et les départements. Il est important de sécuriser le principe de coupes régulières non seulement lors de la négociation du CPOM mais également à mi-parcours. Il faut également prévoir des modalités de gestion dans le cas où une coupe révèle une hausse ou une baisse significative pour s'assurer que les effets liés à

⁴⁶ Comme c'est également d'ailleurs le cas pour les établissements qui bénéficient d'une convergence positive et pour lesquels le CPOM est un bon cadre de discussion des objectifs associés à la revalorisation des moyens.

⁴⁷ On peut rappeler ainsi que dans le passé d'autres dispositifs de convergence avaient pu être gérés en intégrant la possibilité de maintenir le niveau de ressources (avec une forme de clapet anti-retour) sous réserve de réorienter la partie des recettes en discussion dans le cadre de la convergence vers de nouveaux types d'action.

⁴⁸ Les garanties apportées aux tarificateurs seraient-elles par exemple réduites si l'approbation, y compris tacite, était remplacée par un dispositif d'analyse ciblée à partir d'indicateurs d'alertes sur les EPRD transmis mais non approuvés ?

l'examen d'une seule journée n'a pas conduit à un résultat faiblement révélateur de la situation réelle, quitte à confirmer par une seconde coupe si cela apparaît comme nécessaire. Ces évolutions posent une question de capacité à faire pour les ARS et les départements car les expertises médicales nécessaires ne sont pas extensibles⁴⁹. Une discussion sur les modalités pratiques pour alléger la charge liée aux validations de coupes mériterait d'être engagée avec les médecins valideurs et les ARS et départements. Des dispositions existent déjà par exemple pour la validation tacite mais sont peu utilisées. D'autres formes d'allègement pourraient être imaginées.

Recommandation n°7 : Trouver les moyens de sécuriser et augmenter le rythme des coupes gir et Pathos en allégeant les charges de validation

5.2.4 Dans le cadre de la gouvernance territoriale actuelle garantir les voies d'une coopération renforcée entre l'Etat et les départements

La question d'une évolution éventuelle de la gouvernance a été évoquée dans les rapports parlementaires qui ont été publiés dans le champ des Ehpad au cours des dernières semaines. Elle dépasse clairement le champ de la médiation.

Le médiateur ne peut cependant qu'insister sur le fait que, dans le cadre de la gouvernance actuelle, si elle est conservée, il est très important d'approfondir la coopération et le partage entre ARS et conseil départementaux (cf 2.9). Les outils tels que les EPRD ou les CPOM poussent à cette coopération. Pour être efficace elle suppose un partage en amont de l'ensemble des informations notamment de tarification et des stratégies d'action, partage qui pourrait être facilité par un outillage davantage commun. Au niveau national il est important que la CNSA dispose des moyens pour remonter les informations financières équivalentes entre les réseaux des conseils départementaux et des ARS.

Les difficultés dans la mise en œuvre de la réforme montrent que l'approfondissement de cette coopération sur l'ensemble du territoire et de son partage au niveau national sont indispensables pour que le modèle actuel de financement fonctionne. Il ne s'agit pas simplement de limiter la complexité pour les établissements mais tout simplement de répondre aux enjeux de la politique publique qui ne peuvent être abordés par bouts gérés séparément.

5.3 Compléter la réforme tarifaire sur de nouveaux champs tarifaires

5.3.1 Valoriser les activités de prévention dans la tarification

Les travaux techniques réalisés pour le comité scientifique AGGIR/PATHOS ont abouti à la construction d'une nouvelle grille qui est censée répondre aux critiques principales sur sa construction notamment autour des activités de prévention. Il s'agit maintenant de voir comment cette nouvelle grille peut être intégrée d'une façon ou d'une autre à la tarification.

La question de la prévention doit clairement être priorisée dans cet exercice. Elle répond au besoin de sens exprimé par le secteur et elle s'inscrit parfaitement dans la stratégie nationale de santé. La

⁴⁹ Mais la possibilité a été ouverte de recourir à des médecins vacataires pour mener ces exercices

ministre des solidarités et de la santé a d'ores et déjà intégré les Ehpad dans le plan national de santé publique adopté par le comité interministériel de la santé du 26 mars 2018⁵⁰.

Est-il possible et dans quelles conditions budgétaires d'intégrer l'activité de prévention dans le mécanisme tarifaire lui-même, soit dans l'équation, soit via un forfait spécifique ?

Recommandation n°8 : Trouver les moyens d'intégrer la prévention dans le dispositif de tarification

5.3.2 Ne pas écarter des ajustements de la tarification sur les soins pour accroître les marges de manœuvre des établissements

La réforme tarifaire n'a pas abordé la question du périmètre du tarif « soins ». Celui-ci est resté identique dans le cadre des 4 options aujourd'hui disponibles : tarif partiel ou global avec ou sans PUI.

Depuis plusieurs années le tarif global n'est accessible que de manière très limitée aux établissements. Les études financières ont en effet montré qu'il avait été calibré à un niveau assez élevé et que son extension pouvait conduire à une majoration des coûts.

Sans remettre en cause cette analyse, il reste que le principe du tarif global, qui permet à l'établissement de mieux organiser les soins, notamment en recourant à des personnels salariés répond à la logique de responsabilisation qui est généralement recherchée pour les gestionnaires d'établissement. Le tarif global permet également les logiques de fongibilité qui sont aujourd'hui nécessaires pour augmenter les moyens sur certains types de prise en charge tout en compensant cette augmentation par une économie liée à la rationalisation du recours à d'autres types de soins.

Il serait donc utile de rouvrir la question du périmètre du tarif soins. La réouverture du tarif global n'est peut être pas la seule voie ou la meilleure voie possible. D'autres périmètres peuvent être imaginés. D'autres cadres juridiques peuvent également être envisagés comme celui d'une contractualisation avec les établissements. L'article 51 de la LFSS pour 2018 ouvre une voie générale aux expérimentations tarifaires. Certaines ARS ont commencé à réfléchir dans ce sens et il semble utile au médiateur que ces initiatives soient encouragées pour qu'un mouvement significatif d'élargissement raisonné des tarifs soins puisse être engagé dans les années à venir avec un partage possible des économies entre l'assurance maladie d'une part et le financement d'autres soins au sein de l'Ehpad d'autre part.

Recommandation n°9 : Ouvrir les périmètres de responsabilisation des Ehpad sur les dépenses de soins soit par le tarif global soit dans le cadre de périmètres expérimentaux dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018

⁵⁰ Dès 2018, un plan de 15M€ annuel financera des programmes de prévention en Ehpad, ciblés sur la prévention de la perte d'autonomie et de l'aggravation de l'état de santé auprès des résidents ; l'organisation des soins bucco-dentaires en Ehpad sera renforcée avec la formation du personnel soignant d'Ehpad à assurer l'hygiène bucco-dentaire par la toilette quotidienne, les soins des prothèses, etc. l'organisation des consultations de dépistage et la systématisation du bilan buccodentaire d'entrée en Ehpad , l'intégration systématique de la santé bucco-dentaire dans les projets d'établissements, les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les évaluations internes et externes. Le futur service sanitaire se déploiera par ailleurs aussi dans les Ehpad.

5.3.3 Trouver les moyens de mieux prendre en compte la situation tarifaire globale sur les trois sections tarifaires pour les établissements habilités

Bien que la réforme tarifaire concerne principalement les tarifs « soins » et « dépendance », les échanges conduits par le médiateur ont souvent mis en avant la problématique liée au tarif « hébergement » qui représente plus de la moitié du budget des établissements mais qui est aussi le cœur de l'accessibilité pour les familles et une partie significative de la dépense pour les départements⁵¹(cf 3.2.11).

L'assouplissement des règles d'affectation des dépenses entre les trois sections tarifaires, la liberté d'affectation des résultats des sections tarifaires (cf 3.1) mais aussi le financement de l'investissement sur la section « hébergement » doivent conduire les tarificateurs à avoir davantage une approche globale de l'équilibre économique de l'établissement. C'est d'ailleurs la logique de l'examen de l'EPRD pour les établissements habilités à l'aide sociale qui disposent d'un tarif réglementé sur l'hébergement.

Il semble au médiateur que la discussion de « règles de bonne conduite » dans les exercices de fixation des tarifs hébergement pourrait être engagée entre les départements et les établissements habilités à l'aide sociale afin d'éviter les tarifications anormalement basses ou trouver des modalités de neutralisations. Dans les faits ce type de neutralisation pouvait exister avant la réforme tarifaire. Des équilibres étaient trouvés entre des tarifs « hébergement » très maîtrisés en échange d'une plus grande souplesse sur le financement des dépenses liées à la dépendance. Ces « arrangements » ne sont plus possibles dans le cadre de l'équation tarifaire « dépendance » mais la question de la contrainte sur les tarifs « hébergement » et des charges particulières liées à l'accueil de résidents bénéficiant de l'aide sociale⁵² subsistent pour une mission qui présente un caractère d'intérêt public.

La question d'une forme de « crédit complémentaire » versé à l'établissement⁵³ dans le cadre de l'hébergement pourrait se poser.

Cette réflexion doit également intégrer la stratégie relative aux investissements en prenant en compte notamment l'appui que les autorités publiques, notamment la CNSA⁵⁴, peut apporter à l'investissement dans les établissements habilités à l'aide sociale.

Recommandation n°10 : Discuter de règles de bonne conduite dans la fixation des tarifs « hébergement » pour les établissements habilités à l'aide sociale et envisager un crédit complémentaire spécifique

Cette question ne peut cependant être utilement traitée sans que le débat en cours autour des transformations de l'habilitation à l'aide sociale ne soit approfondi⁵⁵. Les nombreuses initiatives,

⁵¹ Puisque que c'est le département qui finance l'hébergement pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale

⁵² Coût de gestion des dossiers, coût en trésorerie, accompagnement renforcé en cas d'isolement social etc...

⁵³ Et donc ne pesant pas sur le tarif « hébergement » facturé au résident et donc sur l'accessibilité

⁵⁴ Dans le cadre des plans d'aide à l'investissement (PAI) dont il faudra assurer la poursuite au-delà de l'année 2018.

⁵⁵ La question dépend également bien sûr du débat sur le reste à charge des familles et le champ de l'aide sociale si celui-ci était ouvert dans les mois qui viennent. Le sujet a été abordé dans les rapports parlementaires et on ne reviendra pas ici

parfois contradictoires, qui sont lancées aujourd'hui sur ce sujet créent à la fois beaucoup d'inquiétude et d'attente et une certaine confusion. Le cadre juridique des transformations envisagées n'est pas clarifié. Doit-on parler de « déshabilitation », de « modulation des tarifs » ? Quelles modulations sont juridiquement possibles et dans quel cadre juridique ? Quelles conséquences sur les avantages réservés aux établissements habilités ? Comment moderniser le dispositif sans perdre de vue l'objet social de l'habilitation et la mission d'intérêt public qui est confiée à l'établissement habilité ? Ces questions sont certes juridiques mais également très politiques et pourraient faire l'objet d'un groupe de travail ad hoc⁵⁶.

Recommandation n°11 : Structurer le débat sur les enjeux juridiques et politiques des évolutions en cours sur les différentes formes d'habilitation à l'aide sociale

5.4 Lancer des chantiers sur des thématiques non strictement tarifaires mais permettant de faciliter l'exercice des missions dans les Ehpad

En complément des chantiers strictement tarifaires, les échanges conduits dans le cadre de la médiation ont montré qu'il pouvait être utile de travailler également sur des mesures non strictement tarifaires mais susceptibles de faciliter l'exercice au sein des Ehpad et de réduire le cas échéant les charges financières.

On ne reprendra ici que trois thématiques mais d'autres peuvent être envisagées dans le cadre des échanges futurs.

5.4.1 Faciliter l'organisation des soins au sein de l'Ehpad

Cette thématique renvoie à la question du médecin coordonnateur et à son pouvoir de prescription (cf 4.3.3.2). Elle a d'ores et déjà été posée par la ministre des solidarités et de la santé et dans les rapports parlementaires. Les mesures qui permettront de renforcer le rôle du coordonnateur dans la prise en charge médicale des résidents, notamment sa capacité à prescrire, sont clairement de nature à faciliter l'organisation interne des Ehpad et améliorer l'accompagnement des résidents. Ce sont des mesures attendues et importantes. Bien sûr une réflexion pour assurer la prise en charge des missions du médecin coordonnateur dans l'ensemble des établissements devrait accompagner ces mesures afin de répondre aux situations actuellement constatées d'absence de coordonnateur.

Elles peuvent avoir d'autant plus de force si elles sont couplées avec un élargissement des périmètres du tarif soins comme évoqué plus haut.

Recommandation n°12 : Donner un rôle accru au médecin coordonnateur en lui accordant un pouvoir de prescription et faciliter l'exercice de la mission de coordination dans l'ensemble des établissements

Mais les questions liées à l'organisation des soins ne peuvent se limiter au seul médecin coordonnateur. Elles renvoient également à l'encadrement infirmier. Les initiatives engagées sur les infirmiers de nuit, soutenues en 2018 par un budget complémentaire de 10M€ entrent dans ce cadre.

⁵⁶ L'examen des questions juridiques avait été initié à la suite de demandes exprimées dans le cadre du conseil de la CNSA mais ne semble pas avoir abouti à ce stade.

La thématique des médicaments pourrait également être discutée pour faciliter le recours à une PUI ou le conventionnement avec des pharmacies libérales⁵⁷.

L'intégration des établissements dans des filières organisées de soins pourrait enfin être abordée. Il est important que les ARS accompagnent encore davantage les Ehpad afin que les partenariats avec l'hôpital, avec les équipes d'HAD⁵⁸ avec les équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs soient réellement en place et effectifs. Le développement de la télémédecine est évidemment un outil très important dans ce cadre et les actions menées avec l'appui du Fonds d'intervention régional (FIR) des ARS doivent être poursuivies, et si cela est possible, accélérées. L'avenant n° 2 à la convention médicale de 2016 a engagé le mouvement de prise en charge de certains actes réalisés dans les Ehpad et celui-ci devrait se poursuivre dans le cadre des négociations en cours en application des dispositions de la LFSS 2018 sur la télémédecine. Le lien avec les structures en charges de l'autonomie ou de l'appui aux professionnels de santé (comme les MAIA⁵⁹ ou les PTA⁶⁰) doit également être assuré effectivement avec l'ensemble des établissements.

Dans le même esprit que celui évoqué plus haut sur le périmètre de la tarification « soins », des expérimentations autour de formes de contractualisations dans le cadre du CPOM ou de l'article 51 de la LFSS 2018 pourraient être discutées avec une rémunération de l'établissement sur objectifs ou sur résultats par exemple pour limiter les hospitalisations des résidents.

Recommandation n°13 : Encourager, accompagner ou inciter en contractualisant pour que l'ensemble des appuis sanitaires et sociaux aux Ehpad soient effectivement mobilisés par les établissements et éviter au maximum les hospitalisations

5.4.2 Travailler sur l'organisation et les processus du travail et sur la qualité de vie au travail au sein des Ehpad

L'importance du sujet a été soulignée précédemment (Cf 4.3). La question des organisations du travail est centrale dans un secteur en forte transformation. Il n'est pas possible de gérer sereinement les effets liés à la réforme tarifaire sans affronter la question de la qualité de vie au travail pour les salariés. En parallèle de la question très importante des moyens, d'autres leviers doivent être mobilisés qui ont trait autant à l'outillage du métier (la question par exemple des « rails plafonniers » dans les chambres des résidents) et à l'environnement architectural qu'aux organisations de temps de travail et des remplacements en cas d'absence, aux modes de management, notamment intermédiaire, à la diversification des tâches, à la formation professionnelle etc... Les structures nationales comme la CNAMTS/ATMP, l'ANACT et l'ANAP pourraient apporter leur concours dans le cadre de démarches d'accompagnement individuelles mais aussi de partage d'expérience et de bonnes pratiques⁶¹.

Le ministère a d'ores et déjà mis en place un groupe de travail sur ce thème et annoncera le déploiement d'une stratégie sur ce sujet dans la foulée, mobilisant l'ensemble des acteurs du

⁵⁷ Dans certains établissements une partie du temps infirmier est encore consacré à la constitution des piluliers alors que dans d'autres cette tâche est prise en charge par les pharmacies.

⁵⁸ Pour rappel, l'intervention de l'HAD en EHPAD est autorisée depuis 2007 mais initialement pour certains modes de prise en charge uniquement. Ces restrictions d'intervention ont été levées au 1er mars 2017. En 2016 les journées en Ehpad représentent seulement 6 % environ du total des journées d'HAD.

⁵⁹ Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

⁶⁰ Plateforme territoriale d'appui

⁶¹ Les techniques mises en œuvre par l'ANAP dans le secteur sanitaire dans la période passée autour du mentorat pourraient peut-être être utilisées dans le secteur des Ehpad sous une forme adaptée.

secteur. En plus d'une animation nationale, cette stratégie devrait notamment intégrer dès 2018 un budget qui permettra de développer les accompagnements et de mettre en place des actions sur la qualité de vie au travail sur l'ensemble du territoire.

Recommandation n°14 : Accompagner les établissements pour les aider à améliorer les organisations du travail et la qualité de vie au travail

5.4.3 Engager un chantier de simplification des règles et d'ajustement des normes

Beaucoup d'exemples de complexités et de normes excessives ont été cités par différents acteurs dans le cadre des échanges menés (cf 2.8, 4.4). Le secteur des Ehpad n'est certes pas le seul dans lequel complexité et normalisation sont mises en cause et il n'appartenait pas au médiateur d'en conduire l'expertise. Deux éléments conduisent néanmoins à retenir ce sujet comme un sujet intéressant de travail pour accompagner la réforme.

Le premier a trait au contexte tarifaire des Ehpad. Peu de secteurs fonctionnent avec des mécanismes financiers qui sont objectivement aussi complexes : 3 sections tarifaires, deux autorités de tarification, 4 sources de financement (ARS, département du siège, autres départements, résidents), des règles qui sont pour parties nationales mais pour partie départementales. Ces mécanismes complexes s'appliquent dans le cadre d'établissements qui disposent de structures administratives très petites, en particulier dans le secteur public et auprès d'équipes de tarification dans les conseils départementaux et les ARS qui sont elles-mêmes réduites.

Il y a donc un fort intérêt collectif à travailler à la simplification dans un tel contexte. On a déjà évoqué la question particulière de l'EPRD (cf 5.3) mais les processus liés à la facturation aux résidents et aux départements hors siège ou certaines règles liées à l'aide sociale départementale (la question du traitement des absences qui peut différer sensiblement d'un département à l'autre avec un encadrement législatif et réglementaire peu clair a été par exemple souvent cité⁶²) pourraient être travaillées dans le cadre d'opérations de « simplification » telles que celles qui sont conduites régulièrement sous l'égide de l'ancien SGMAP et de la nouvelle délégation interministérielle à la transformation publique⁶³.

Recommandation n°15 : Mettre en place un chantier de simplification des règles

Le second a trait au modèle de l'Ehpad et à la tension entre la logique d'un lieu de vie qui est un domicile et les logiques de sécurité liées à un établissement collectif à fort encadrement sanitaire. Beaucoup d'exemples ont été évoqués lors des échanges comme ceux par exemple des normes alimentaires qui s'imposent aux Ehpad et qui ne permettraient pas de se nourrir comme on peut se nourrir à son domicile avec les plaisirs qui peuvent y être associés. Là encore la question dépasse le

⁶² De même certaines règles complexes auraient un impact indirect sur les recettes des établissements. Les modalités de calcul du tarif journalier qui reste facturé aux résidents hors département ou pour calculer le ticket modérateur des résidents du département serait fixé trop bas en prenant en compte une présence 365 jours sur 365 sans prendre en compte les jours d'absence ; ou encore la déduction de l'enveloppe globale versée par le département des facturations attendues aux résidents hors département poserait problème en cas de départ ou décès d'un résident hors département au cours de l'année ; l'établissement perdrait en effet des ressources pendant le reste de l'année sauf à trouver un résident aux caractéristiques identiques (hors département et même Gir). Ces exemples illustrent l'extrême complexité des règles de calcul et de facturation, le principe de l'enveloppe globale devant être concilié, ce qui est difficile, avec le maintien du calcul de droits et prestations individuels.

⁶³ Des travaux sur la normalisation ont été lancés dans le cadre du conseil de la CNSA à partir de 2008 et jusqu'en 2015 dans le cadre d'une commission « normes et moyens ». Il ne semble pas que ces travaux se soient poursuivis dans les dernières années. Ils étaient par ailleurs centrés sur les normes techniques.

champ d'expertise de la médiation mais une réflexion qui est presque d'ordre éthique pourrait également être engagée.

5.5 Soutenir la réflexion stratégique engagée dans le secteur public pour le renforcement des coopérations

5.5.1 La volonté de construction d'un équivalent de la stratégie de groupe pour le secteur public doit être accompagnée

Comment le secteur public peut-il et doit-il construire les coopérations nécessaires qui lui permettent de bénéficier des effets liés à la taille : mutualisations, partage d'expertises, appuis technologiques, partage d'expérience, sécurisation des opérations de coupe Gir/Pathos, facilitation des remplacements, attractivité dans la gestion de carrière, appui à la conduite de projets etc...

Malgré les formes de coopération évoquées (Cf 4.5), il a semblé au médiateur à l'occasion de ses échanges et de ses visites que l'enjeu à accélérer le mouvement en cours était très important pour le secteur public. Car le risque existe que le mouvement naturel soit trop lent en regard des enjeux à venir.

La réflexion interne au secteur public, par exemple au sein de la FHF, d'une stratégie de groupe public, pour la promotion d'une coopération renforcée entre établissements sociaux et médico-sociaux, et coordonnée entre établissements sanitaires et médico-sociaux doit certainement être poursuivie et prise en compte par les pouvoirs publics. Elle pourra porter sur les différentes stratégies de coopération qui sont aujourd'hui ouvertes et les différentes formes juridiques. Cette réflexion pourra conduire à faciliter les exercices de coopération en assouplissant certains cadres qui apparaîtraient comme des freins⁶⁴.

Faut-il aller jusqu'à une obligation de s'insérer dans un dispositif possible de coopération, comme cela a finalement été fait dans le secteur sanitaire ? A tout le moins il semble très important que les pouvoirs publics, Etat et départements utilisent l'outil du CPOM pour accélérer le mouvement, sans doute à partir d'une analyse territoriale partagée, et consentent aux investissements utiles pour passer les caps nécessaires. La construction d'un GCSMS sur un territoire qui aille assez loin dans les coopérations et les mutualisations suppose souvent un investissement initial qu'il est difficile de faire reposer uniquement sur le temps dégagé par les directeurs qui s'associent mais qui ne disposent que de très petites forces administratives dans leurs établissements. L'accompagnement des initiatives devrait faire partie des priorités budgétaires des tarificateurs au titre de leurs crédits complémentaires.

Recommandation n°16 : Accompagner la réflexion engagée par le secteur public autour de l'équivalent d'une stratégie de groupe et identifier les leviers pour la promouvoir

⁶⁴ A titre d'illustration il a été porté à connaissance du médiateur qu'un directeur relevant de la fonction publique hospitalière ne pouvait pas juridiquement participer à la gestion d'une astreinte au titre d'une direction qui relèverait de la fonction publique territoriale, l'inverse étant en revanche possible.

5.5.2 La deuxième question spécifique au secteur public qu'il est proposé d'aborder avec le secteur est celle de la couverture des arrêts maladies et accidents du travail.

On a rappelé plus haut l'importance des cercles positifs ou négatifs liés à l'absentéisme dans ce secteur (Cf 4.3.4). Or le fait que le secteur public ne soit pas intégré à un régime obligatoire pour ce risque crée une difficulté tout à fait particulière aux Ehpad publics. C'est bien sur un élément qui concerne tout le secteur public et non pas les seuls Ehpad public. Mais les taux d'absentéisme très élevés qui sont atteints dans les Ehpad et la part massive des dépenses salariales dans le budget total donnent à cette question un retentissement fort dans le secteur des Ehpad.

Il semble que peu d'Ehpad publics s'assurent pour couvrir les arrêts maladie compte tenu des coûts très élevés qu'atteindrait aujourd'hui l'assurance dans ce secteur. Beaucoup d'ARS prennent en compte cette situation en versant des crédits non reconductibles pour compenser une partie du coût de remplacement des absences.

Il paraît donc important d'affronter ce sujet. Il s'agit à la fois de trouver les moyens de réduire l'absentéisme (cf notamment 5,4,2) et d'explorer les voies d'accompagnement des établissements, y compris en mobilisant différemment les concours publics qui sont déjà utilisés. Un bilan plus précis de la situation devrait d'abord être mené.

Recommandation n°17 : Mettre en place un groupe de travail pour bien mesurer les coûts de l'auto-assurance des arrêts maladies dans le secteur public et identifier les voies d'un accompagnement du secteur pour réduire l'absentéisme et optimiser son financement

5.6 Prendre en compte les réflexions à venir autour du modèle de l'Ehpad de demain et assurer l'attractivité du secteur

La ministre des solidarités et de la santé a lancé une concertation pour construire une feuille de route sur la stratégie en direction des personnes âgées. Ces travaux conduiront à replacer la mission de l'Ehpad au sein des dispositifs de prise en charge et à construire une trajectoire de transformation du modèle. La médiation n'avait pas pour objet de travailler sur ce sujet. On a rappelé un certain nombre des questions qui se posent (cf 4.). Les réponses qui seront trouvées modifieront probablement le cadre stratégique et financier dans lequel le secteur évolue. Il est probable que ce travail conduira à des transformations du cadre tarifaire qu'il n'est pas possible d'évaluer aujourd'hui.

Quel que soit le modèle, les thématiques de la formation, des parcours de carrière et de l'image du secteur des personnes âgées doivent faire l'objet d'investissement des employeurs et des tutelles. Les réformes en cours de l'apprentissage, qui peut être une voie très intéressante d'accès aux métiers, et de la formation professionnelle sont l'occasion de reconstruire les schémas aujourd'hui défaillants. L'idée d'une campagne de communication a souvent été évoquée mais elle ne peut surement pas être efficace sans que les dispositifs de formation et de gestion de carrière soient ajustés. Mais là encore la médiation n'avait pas pour objet de creuser ces pistes. Elle note néanmoins l'importance de ce chantier pour changer la donne et redonner au secteur le souffle qu'il est en droit de revendiquer pour ses missions et métiers.

Pierre RICORDEAU

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
1	Mettre en place une mesure de neutralisation temporaire des effets les plus importants de la convergence à la baisse sur les années 2018 et 2019 en concertation avec les départements	1	DGCS/CNSA	Avril 2018
2	Garantir la capacité des départements à mettre en place des crédits complémentaires « dépendance » sans impacter l'équation tarifaire et la convergence associée	1	DGCS/ADF	Décret à modifier en 2018
3	Donner au département la possibilité de financer des crédits complémentaires, en communiquant sur leur utilisation, à la fois par un investissement budgétaire mais aussi en permettant un ajustement des termes de la convergence « dépendance », une fourchette cible se substituant à la valeur cible unique prévue dans le décret de 2016	1	DGCS/ADF	Décret à modifier en 2018
4	Adapter la programmation des CPOM pour intégrer rapidement les établissements les plus touchés par la convergence dépendance à la baisse et faire du CPOM un outil de gestion de cette convergence.	1	DGCS/ADF/ARS	2018
5	Ouvrir la possibilité d'accélérer la convergence « soins » dans le cadre des CPOM	1	DGCS/DSS/CNSA	2019
6	Alléger les procédures liées à l'EPRD pour orienter les ressources vers la contractualisation	1	DGCS/ADF/CNSA	2019
7	Trouver les moyens de sécuriser et augmenter le rythme des coupes gir et Pathos en allégeant les charges de validation	1	DGCS/ADF/CNSA/ARS	2018
8	Trouver les moyens d'intégrer la prévention dans le dispositif de tarification	1	DGCS/DSS/CNSA	2019
9	Ouvrir les périmètres de responsabilisation des Ehpad sur les dépenses de soins soit par le tarif global soit dans le cadre de périmètres expérimentaux dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018	1	DGCS/DSS	2019
10	Discuter de règles de bonne conduite dans la fixation des tarifs « hébergement » pour les établissements habilités à l'aide sociale et envisager un crédit complémentaire spécifique	1	DGCS/ADF	2018/2019

11	Structurer le débat sur les enjeux juridiques et politiques des évolutions en cours sur les différentes formes d'habilitation à l'aide sociale	1	DGCS/ADF	2018/2019
12	Donner un rôle accru au médecin coordonnateur en lui accordant un pouvoir de prescription et faciliter l'exercice de la mission de coordination dans l'ensemble des établissements	1	DGCS	2018
13	Encourager, accompagner ou inciter en contractualisant pour que l'ensemble des appuis sanitaires aux Ehpad soient effectivement mobilisés par les établissements et éviter au maximum les hospitalisations	1	DGCS	2018/2019
14	Accompagner les établissements pour les aider à améliorer les organisations du travail et la qualité de vie au travail	1	DGCS/ANAP	2018/2019
15	Mettre en place un chantier de simplification des règles	1	DGCS/ADF/exSGMAP	2019
16	Accompagner la réflexion engagée par le secteur public autour de l'équivalent d'une stratégie de groupe et identifier les leviers pour la promouvoir	1	DGCS	2018/2019
17	Mettre en place un groupe de travail pour bien mesurer les coûts de l'auto-assurance des arrêts maladies dans le secteur public et identifier les voies d'un accompagnement du secteur pour réduire l'absentéisme et optimiser son financement	1	DGCS/ADF	2019

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

AN NIVEAU NATIONAL

Cabinet de la ministre des solidarités et de la santé

Monsieur Raymond Le Moign, directeur de cabinet
Madame Aude Muscatelli, directrice adjointe de cabinet

Parlement

Monsieur Bernard Bonne, sénateur
Madame Agnès Firmin Le Bodo, députée
Madame Monique Iborra, députée
Madame Charlotte Lecoq, députée

Secrétariat général des ministères sociaux

Patrick Risselin, directeur de projet

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Monsieur Jean-Philippe Viquant, directeur général
Madame Cécile Lambert, sous-directrice SD5
Monsieur Olivier Bachellery, adjoint à la sous-directrice SD5
Monsieur Boris Minot, chef du bureau 5C
Monsieur Gilles Chalencon, adjoint au chef du bureau 5C

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Madame Mathilde Lignot-Leloup, directrice
Madame Marion Bordelais, bureau 1A

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Madame Marianne Montchamp, présidente
Madame Anne Burstin, directrice
Madame Béatrice Gueneau-Castilla, directrice adjointe
Monsieur Simon Kieffer, directeur des établissements et services médico-sociaux
Madame Lise Burgade, directrice adjointe des établissements et services médico-sociaux
Madame Céline Moreau, responsable du pôle « allocation budgétaire »

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Madame Annelore Coury, directrice de la gestion de l'offre de soins

Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

Madame Sophie Martinon, directrice

Agence technique de l'information hospitalière (ATIH)

Madame Caroline Révelin, cheffe du service des études nationales de coût

Assemblée des départements de France (ADF)

Monsieur Frédéric Bierry, président de la commission sociale
Monsieur Jean-Michel Rapinat, directeur délégué des politiques sociales

Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (ANDASS)

Monsieur Roland Giraud, président

Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS)

Monsieur Didier Lesueur, directeur général
Madame Claudine Padieu, directrice scientifique
Monsieur François Jeger, chargé d'études
Madame Estelle Camus, chargée d'études

Fédération hospitalière de France (FHF)

Madame Zaynab Riet, déléguée générale
Madame Annie Lelièvre, responsable du pôle autonomie

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Monsieur Julien Moreau, directeur du secteur social et médico-social
Madame Agathe Faure, adjointe au directeur du secteur social et médico-social

Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)

Madame Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale
Monsieur Eric Fregona, responsable du pôle médico-social
Monsieur Renaud Chenu, directeur des affaires publiques et communication

Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)

Monsieur Claude Jarry, président
Monsieur Jean Pierre Riso, président
Madame Anabelle Vêques-Malnou, directrice

Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

Monsieur Didier Sapy, directeur général

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

Monsieur Benoît Calmels, délégué général
Madame Hélène-Sophie Mesnage, déléguée générale adjointe

Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

Monsieur Jérôme Voiturier, directeur général
Madame Laurène Dervieu, conseillère technique autonomie et citoyenneté des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

Monsieur Pascal Champvert, président
Monsieur Romain Gizolme, directeur

Fédération nationale des associations de retraités (FNAR)

Monsieur Sylvain Denis, vice-président du conseil de la CNSA

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

Madame Elisabeth Hubert, présidente
Monsieur Mickael Benzaqui, conseiller médical

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Monsieur Albert Lautman, directeur général

Groupe UGECAM

Madame Anne Moutel-Seiller, directrice adjointe

Syndicat des cadres, médecins, dentistes, pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés (SYNCASS-CFDT)

Madame Anne Meunier, secrétaire générale
Monsieur Yvan Leguen, responsable du dossier « ehpad »

Syndicat des managers publics de santé (SMPS)

Monsieur Jérémie Sécher, président

Personnalité qualifiées

Monsieur Bruno Péricard, KPMG, directeur national santé et secteur public
Monsieur Mohammed El Yamani, senior manager KPMG secteur public
Monsieur Jean Pierre Hardy, ancien directeur des politiques sociales à l'assemblée des départements de France
Madame Geneviève Gueydan, membre de l'inspection générale des affaires sociales, ancienne directrice de la CNSA
Madame Sabine Fourcade, membre de l'inspection générale des affaires sociales, ancienne directrice générale de la cohésion sociale
Monsieur Laurent Gratieux, membre de l'inspection générale des affaires sociales
Monsieur Luc Broussy, ancien délégué général du Synerpa et directeur de la société EHPA presse conseil et formation
Monsieur Xavier Dupont, ancien directeur des établissements et services médico-sociaux à la CNSA
Monsieur David Causse, ancien coordonnateur du pôle santé social de la FEHAP

AU NIVEAU TERRITORIAL

Ile de France :

ARS Ile de France

Monsieur Bourquin, directeur de l'autonomie

Madame Courtois, responsable département Organisation de l'offre pour personnes âgées

Conseil département du Val de Marne :

Monsieur Béziau, directeur général adjoint

Madame Bourjal, directrice de l'autonomie adjointe

Madame Caillieux, responsable du pôle personnes âgées

Madame Planchais, service de l'offre médico-sociale

Directeurs d'établissement :

Madame Gard directrice de l'Ehpad d'Aulagnier, Asnières

Monsieur Tourisseau, administrateur du Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) "Les EHPAD publics du Val de Marne"

Madame Benoit, directrice générale adjointe du Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP)

Monsieur Spaenle sous-directeur des services aux personnes âgées (CASVP)

Monsieur Caniard chef du service des Ehpad (CASVP)

Auvergne Rhône Alpes

ARS Auvergne Rhône Alpes :

Monsieur Grall, directeur général

Monsieur Morais, directeur général adjoint

Madame Lecenne, directrice de l'autonomie

Madame Le Brun, responsable du pôle Allocation et optimisation des ressources à la Direction de l'autonomie

Madame Tourre, direction de l'autonomie

Monsieur Viccini, direction de l'autonomie

Monsieur Fayolle, direction de l'autonomie

Monsieur Becker, direction de l'offre de soins

Monsieur Jouzeau, délégation départementale Rhône

Métropole de Lyon :

Madame Montjotin, directrice de la délégation solidaire Habitat et Education de la Métropole

Monsieur Bareilles, responsable unité des établissements pour personnes âgées

Fédérations et directeurs :

Monsieur Gillet délégué régional FHF

Monsieur Donot, FHF

Madame Chizallet, directrice adjointe CH Portes du sud (FHF)

Madame Brunon, directrice de plusieurs Ehpad dans la Loire (FHF)

Madame Morel, directrice de l'Ehpad le Côteau (FHF)

Monsieur Garcin, directeur de l'Ehpad Aigueperse (FHF)

Monsieur Greffe, directeur juridique ACPPA (SYNERPA)

Monsieur Dadol, SYNERPA

Monsieur Berge, département des politiques gérontologiques à ANCCAS
Monsieur Fonlupt, directeur de l'Ehpad Maison Saint Joseph (NEXEM),
Madame Bourgeois-Lascols, directrice générale du groupe hospitalier mutualiste de Grenoble (FEHAP)
Madame Masson, directrice des finances de la mutualité française de l'Isère (FEHAP),
Madame Leclaire, FEHAP
Madame Metenier, directrice des résidences Saint Dominique (FEHAP)
Monsieur Barrière, directeur général Croix-Marine (FEHAP)
Monsieur Remigereau, responsable développement santé et médico-social (Mutualité Française Puy de Dôme)
Monsieur Descotes, AD-PA Rhône
Madame Chareyre, URIOPSS
Monsieur Vives-Torrens, Directeur Hôpital de Condrieu
Madame Laib, directrice EHPAD public autonome de Meyzieu
Monsieur Martinez, directeur Hôpital local de Neuville
Madame Gaudier, directrice EHPAD Jean Villard à Pollionnay
Madame Sorrentino, directrice des hôpitaux de Villefranche/Tarare/Trévoux/Grandris, Présidente du comité stratégique GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes
Monsieur Catillon, directeur, Ehpad Hôpital gériatrique Val d'Azergues
Monsieur Chapuis, président de l'Association ACPPA
Monsieur Guiavarch directeur général Association ACPPA
Monsieur Laval, directeur Ehpad les Magnolias

Normandie

ARS Normandie

Madame Gardel, directrice générale
Madame Le Freche, directrice de l'autonomie

Conseil départemental de Seine-Maritime

Madame Lecordier, vice-présidente
Madame Gireau, directrice Adjointe des services
Madame le Firmin Bodo, députée de Seine Maritime, conseillère départementale du Havre

Fédérations et directeurs

Madame Jeandet Mengual, Co-présidente de la FHF de Normandie
Madame de Bonnay Le Thuc, déléguée régionale FHF
Madame Mongaux, vice-présidente médicosocial, FHF
Monsieur Beaumont, directeur Ehpad de la Ferrière aux Etangs
Monsieur Dereux, directeur général Fondation Filseine
Madame Desmidt, directrice Ehpad les Pâquerettes
Madame Pineau, directrice Ehpad d'Ouistreham
Madame Poivet, cadre de santé Ehpad de Putange
Monsieur Triquet, directeur CHAG de Pacy sur Eure
Monsieur Plaud, directrice CH la Filandière
Monsieur Demanet, directeur filière gérontologique CHU Caen
Monsieur Jammet, directeur EHPAD Saint Sever
Madame Pasquier, directrice CH Barentin
Madame Cabaret, directrice adjointe Etablissement public départemental Grugny
Monsieur Lemestre, directeur Ehpad la Feuillie et Buchy

Monsieur Marc Venard, représentant Ehpad les jardins de Matisse
Monsieur Dupuy, représentant Groupe Odyssenior
Madame Demont, représentant Groupe les matines
Monsieur Martin, directeur Ehpad Guillaume le Conquérant
Monsieur Labalme, directeur du pôle havrais Korian Porte Océane

Occitanie

ARS Occitanie :

Madame Cavalier, directrice générale
Madame Lévrier, directrice de l'offre de soins et de l'autonomie
Monsieur Ben Hamida, médecin référent Pathos
Madame Nunez, responsable de l'unité personnes âgées à la direction départementale Haute Garonne
Madame Martinet, responsable pôle médico-social
Madame Miconnet, cadre référent unité politique du vieillissement

Conseil départemental de Haute-Garonne :

Madame Volto, vice-présidente en charge des personnes âgées
Monsieur Suc Mella, directeur général délégué adjoint solidarité-autonomie
Monsieur Magne, responsable de la tarification
Madame Gourdau, directrice des prestations pour personnes âgées et handicapées
Monsieur Cabosse, responsable de service de tarification

Conseil départemental de l'Ariège :

Madame Vilaplana, vice-présidente du conseil départemental
Monsieur Dejan, directeur général des services
Madame Séverin, directrice de l'aide au développement social
Monsieur Debono, directeur adjoint de l'aide au développement social
Madame Moigne, directrice des services centraux au sein de la direction de l'aide au développement social
Monsieur Sablé Teychené, responsable autonomie au sein de la direction de l'aide au développement social
Madame Quérol, responsable administration tarification et aide sociale au sein de la direction de l'aide au développement social

Fédérations et directeurs :

Monsieur Thiriet, délégué régional FHF
Madame Molina, adjointe du délégué régional FHF
Monsieur de Bataille, délégué régional FEHAP
Monsieur Marie Varachaud, directeur général SCAPA
Monsieur Gibert, directeur d'Ehpad (FEHAP)
Madame Danes, délégué régional Synerpa
Madame De Zotti, délégué régional adjoint Synerpa
Madame Gemar, déléguée départementale Haute Garonne Synerpa
Madame Ulve Camille, délégué départemental adjoint Haute Garonne Synerpa
Monsieur Molina, FNADEPA
Monsieur Riso, FNADEPA (président national)
Monsieur Varachon, FEHAP
Monsieur Mariotti, URIOPSS

Madame Bénicourt, directeur Ehpad autonome
Monsieur Lages, directeur Ehpad autonome
Madame Urbistondo, directeur Ehpad associatif
Monsieur Houdemont, directeur Ehpad
Monsieur Carles, directeur Ehpad Saint Jacques à Grenade (AD-PA)
Madame Lafourcade, directrice Ehpad de la clinique des Minimes

Hauts de France

ARS Hauts de France :

Madame Ricomes, directrice Générale
Madame Queverue, directrice adjointe de l'offre médico-sociale
Monsieur Lemahieu, sous-directeur appui à la coordination territoriale
Monsieur Petit, sous-directeur aux affaires financières

Conseil départemental du Nord :

Madame Mannarino, vice-présidente chargée de l'autonomie
Monsieur Latouche, conseiller technique cabinet du président
Monsieur Renard, conseiller technique cabinet du président
Monsieur Carbonel, directeur adjoint de l'autonomie
Monsieur Guilluy, directeur de projet CPOM

Conseil départemental du Pas-de-Calais :

Madame Pontasse, directrice autonomie et santé

Fédérations et directeurs :

Monsieur Gunst, vice-président FHF Haut de France
Madame Devaud, chargée de mission FHF
Monsieur Sys, FHF
Monsieur Matuszewski, FHP
Madame Kovac, Synerpa
Madame Jezequel, FEHAP
Madame Malvoisin, FEHAP
Monsieur Swirog, URIOPSS
Monsieur Delalieu, URIOPSS
Monsieur Demory, URIOPSS
Monsieur Hegazy, URIOPSS
Monsieur Contesse, NEXEM
Madame Soufflet, NEXEM
Madame Ruguet, directrice EHPAD public autonome Albert du Bosquiel de Bondues
Monsieur Maillard, directeur Ehpad saint Antoine de Padoue de Lille
Monsieur Leclercq, directeur régional groupe Domidep
Madame Ricq, directrice Ehpad privé lucratif Henri Matisse de Tourcoing

Nouvelle Aquitaine

ARS Nouvelle Aquitaine :

Monsieur Laforcade, directeur général
Madame Junqua, directrice générale adjointe
Monsieur Pratmarty, directeur de l'offre de soins et de l'autonomie
Monsieur Acef, directeur délégué à l'autonomie

Madame Couaillier, directrice des financements
Madame Abbal, directrice adjointe des financements
Madame Saulnier, pôle financement médicosocial
Monsieur Serre, directeur de la délégation départementale de Gironde
Laurent Flament, directeur Délégation départementale des Deux-Sèvres

Conseil Départemental de Gironde :

Monsieur Gleyze , président du conseil départemental
Madame Moncoucut, vice-présidente chargée autonomie
Monsieur Vincent, conseiller départemental
Monsieur Mahe, directeur général des services
Monsieur Gouffier, directeur général adjoint chargé de la solidarité
Monsieur Gonzalez, directeur du cabinet

Conseil Départemental des Deux-Sèvres :

Monsieur Favreau, président du conseil départemental
Madame Largeau, vice-présidente en charge enfance et famille
Monsieur Paulhe, directeur général des services
Monsieur Baron, directeur général adjoint en charge des solidarités
Madame Jarry, conseillère départementale personnes âgées
Madame Pallier, direction des Solidarités et de l'autonomie

Fédérations et directeurs :

Monsieur Delivet, délégué régional FHF
Madame Colomb, déléguée régionales adjointe FHF
Madame Laffitte, NEXEM
Monsieur Roblès-Aranguiz, NEXEM
Monsieur Batifoulie, FEHAP
Monsieur de Belmont, FEHAP
Monsieur Vivez, SYNERPA
Monsieur Dermit, SYNERPA
Monsieur Groppo, UGECAM
Madame Le Meur, UGECAM
Monsieur Rami, URIOPSS
Madame Cailliet Creppy , Ehpad Les balcons de Tivoli, Directrice
Monsieur Pichon, Ehpad Vertheuil, directeur
Madame Poey Ehpad Saint André de Cubzac, directeur
Madame Labrunie, Ehpad Ambés, directeur
Monsieur Vitiello, Ehpad Castillon, directeur
Madame Montastruc, Ehpad Pessac, directrice
Madame Zimmer, Ehpad Talences, directrice
Monsieur Marchand, CH Libourne, directrice adjointe D3S
Monsieur Bonvent, Ch Blaye, directeur adjoint D3S
Monsieur Favreliere, Ehpad Associatif non lucratif Notre dame de Puyravault, directeur
Monsieur Barbier, Ehpad Celles sur Belle FPT, directeur
Monsieur Paitre, Ehpad Beauvoir sur Niort FPT, directeur
Monsieur Le Maire, Ehpad du CAPA FPT, directeur
Madame Savariau, Ehpad Limalonges FPH, directrice
Madame Laboirie Ladner, Ehpad Cliché FPT, directrice
Madame Saurat, Ehpad Niort FPH, directrice

Madame Gaury, Ehpad Vasles FPT, directrice
Monsieur Manchado, Ehpad Thénézay FPT, directeur
Madame Ajinca, Ehpad Chizé FPH, directrice
Monsieur Maury, Ehpad Melle FPH, directeur
Monsieur Bacle, Ehpad Niort FPH, directeur
Monsieur Cadiou, Ehpad Niort privé lucratif, directeur
Madame Ajinca Van Hende, directrice, EPMS Les lauriers Roses
Madame Dupin, Ehpad Les balcons de Tivoli, vice-présidente du conseil d'administration

Centre Val de Loire

Conseil départemental d'Indre et Loire

Monsieur Perrin, directeur général des services du département

EHPAD VISITES

Avec suivant les cas des rencontres avec les administrateurs, les directeurs et leurs équipes, y compris des représentants du personnel, des résidents et familles.

Ile de France :

- Ehpad d'Aulagnier (Asnière), directrice Madame Gard
- la Fondation Favier Val de Marne à Bry-sur-Marne, directeur Monsieur Tourisseau

Auvergne Rhône-Alpes :

- EHPAD Les Magnolias à Villefranche Groupe ACPPA, Monsieur Laval Directeur ACPPA des Magolias de Villefranche
- HNO Alix Val d'Azergu, Madame Sorrentine directrice des hôpitaux de Villefranche et Monsieur Catillon directeur de l'Ehpad

Normandie :

- Les Escales EHPAD publics du Havre « La Résidence Guillaume Le Conquérant », Monsieur Martin directeur
- EHPAD de la porte Océane Groupe Korian, Monsieur Labalme Directeur du pôle havrais

Occitanie :

- EHPAD de La Cadène, Madame Lafourcade, Directrice
- EHPAD St Jacques à Grenade (FPH), Monsieur Carles Directeur
- EHPAD de la Clinique des Minimes, Toulouse (FHP), Monsieur de Kerimel, directeur

Hauts de France :

- EHPAD public autonome Albert du Bosquiel de Bondues, Directrice : Madame Ruget
- EHPAD Saint Antoine de Padoue de Lille de l'association Feron Vrau, Monsieur Maillard, directeur
- EHPAD Henri Matisse de Tourcoing, groupe DOMIDEP, Directeur régional Monsieur Leclercq, Directrice Me Ricq

Nouvelle Aquitaine :

- EHPAD Les balcons de Tivoli, directrice Madame Caillet-Creppy
- EPMS Les Lauriers Roses, Directrice Madame Ajinca Van Hende
- EHPAD L'Angélique (ORPEA), directeur Monsieur Cadiou

SIGLES UTILISES

ADF : Assemblée des départements de France

AD-PA : Association des directeurs au service des personnes âgées

AGGIR : grille Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources

AMP : Aide médico-psychologique

ANACT : Agence nationale d'amélioration des conditions du travail

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignante

ASG : Assistant de soins en gérontologie

ASH : Agent de service hospitalier

ASV : Adaptation de la société au vieillissement

CICE : Crédit impôt pour la compétitivité et l'emploi

CITS : Crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNAMTS/ATMP : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – branche accidents du travail et maladies professionnelles

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DSS : Direction de la sécurité sociale

DREES : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et de statistiques

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPRD : Etat des prévisions des recettes et dépenses

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

FHF : Fédération hospitalière de France

FIR : Fonds d'intervention régional

FNADEPA : Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées

FNAQPA : Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GIR : groupes iso-ressources

GMP : Gir moyen pondéré

GMPS : Gir moyen pondéré en soins

HAD : Hospitalisation à domicile

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

ODAS : Observatoire nationale de l'action sociale décentralisée

PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés

PMP : Pathos moyen pondéré

PTA : Plateforme territoriale d'appui

PUI : Pharmacie à usage intérieur

SSAD : Service de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

SYNERPA : Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées

UHR : Unité d'hébergement renforcé

UNCCAS : Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale

UNIOPSS : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

USLD : Unité de soins de longue durée