



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre

Paris, le **25 NOV. 2014**

Réf. : Votre courrier du 11 septembre 2014

Monsieur le Premier président,

Par votre transmission rappelée en référence, vous avez appelé mon attention sur un certain nombre de points issus de l'enquête sur la tarification des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des adultes handicapés, sur lequel vous m'invitez à formuler des observations.

De manière générale, je partage le constat de l'urgence d'une réforme de l'allocation de ressources aux établissements, guidée par des impératifs d'équité, de simplicité et d'efficacité, assise sur des référentiels de prestations et de coûts, faisant de la contractualisation un des instruments privilégiés de mise en œuvre et s'appuyant sur des indicateurs de mesures de l'activité, de l'efficacité et de la qualité.

Généralisation des contrats pluriannuels d'objectif et de moyens.

S'agissant plus précisément de la recommandation n°1 consistant à généraliser à l'ensemble des établissements, y compris ceux relevant de la compétence exclusive des départements, l'obligation de conclure des contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM), et fixer les seuils de déclenchement de cette obligation, je tiens à indiquer, à titre liminaire, que l'encouragement à la contractualisation entre autorités de tarification et structures médico-sociales (établissements, services ou organismes gestionnaires) est un axe fort de la politique du Gouvernement dans le secteur médico-social. Les contrats permettent en effet de moderniser le dialogue entre pouvoirs publics et établissements médico-sociaux, de renforcer qualité et efficacité, en même temps qu'ils constituent des vecteurs de restructuration de l'offre.

Si, comme indiqué par la direction générale de la cohésion sociale dans ses réponses aux rapports provisoires qui ont précédé la transmission du présent rapport, la détermination d'un seuil au-delà duquel les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) devraient être couverts par un CPOM continue de se heurter au manque de données financières de synthèse au niveau des organismes gestionnaires, la réflexion se poursuit néanmoins sur la meilleure façon de mettre en œuvre l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles découlant de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 afin de renforcer le champ de la contractualisation. Cette volonté de promouvoir la contractualisation dans le secteur médico-social a présidé à l'élaboration de la circulaire du 25 juillet 2013 encourageant le recours à cet outil. Elle motive également l'implication active de mes services dans le projet de construction d'un système d'information dédié destiné à faciliter la gestion des CPOM dans le secteur médico-social (« e-cars »).

Monsieur Didier MIGAUD
Premier Président
Cour des comptes
13, rue Cambon
75 100 PARIS CEDEX 01

Ce même objectif d'une valorisation de l'outil contractuel doit guider le groupe de travail prévu par le second volet de la loi autonomie qui se réunira dans le courant du mois de décembre. Ce groupe relatif à la modernisation du pilotage et à la simplification de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sera notamment chargé d'examiner l'articulation entre conventions pluriannuelles tripartites et les CPOM et d'envisager les pistes d'amélioration de l'efficacité de l'outil contractuel. Les travaux de ce groupe seront aussi l'occasion d'explorer avec les conseils généraux la piste de « CPOM tripartites », qui soulève aujourd'hui certaines difficultés techniques liées aux règles attachées à l'aide sociale départementale.

Enfin, au-delà d'un outil de contractualisation plus étendu, dans l'esprit des établissements de santé, la question doit se poser sur les champs de mutualisations possibles qui pourraient être obligatoires pour générer des économies de gestion (achats par exemple) ou nécessaires pour assurer la continuité de l'accompagnement et des soins (temps de médical et paramédical notamment).

Référentiels de coûts des prestations.

S'agissant des recommandations n°2 et 3 concernant les référentiels de coûts des prestations, je m'associe pleinement à votre souhait de voir se développer leur usage, que ce soit dans le cadre de la contractualisation ou hors contrats. S'agissant des personnes handicapées, conformément aux recommandations des deux missions IGAS/IGF qui se sont penchées sur le sujet, je vous informe que le premier comité de pilotage stratégique de la réforme sera réuni le 26 novembre pour approuver la feuille de route des travaux. Ceux-ci vont s'articuler globalement autour de trois phases: la construction des outils qui permettront une allocation de ressources renouvelée, plus équitable, simplifiée, et évitant les ruptures des parcours de vie ; le choix d'un modèle de tarification et enfin le déploiement du modèle. La simplification du financement des soins au sein des foyers d'accueil médicalisé (FAM), objet du premier volet de la recommandation n°4, constituera un des sujets abordés dans le cadre de ces travaux dont la première phase aboutira sur l'élaboration de référentiels des besoins, des prestations, et des coûts.

S'agissant des personnes âgées, le groupe de travail mentionné plus haut entamera ses travaux dans les prochains jours. Il sera composé des différentes administrations concernées et des représentants du secteur médico-social et se penchera, à côté de l'amélioration de l'efficacité de l'outil contractuel déjà évoquée, sur le sujet de la modernisation de l'allocation des ressources et du passage d'un pilotage par la dépense à un pilotage par la ressource et sur la généralisation d'indicateurs de performance.

Je tiens à préciser que bien qu'il s'agisse d'une réflexion ambitieuse dont la mise en œuvre est susceptible de se dérouler sur plusieurs années, ces travaux doivent déboucher dès la mi 2015 sur un diagnostic et des scénarii de réforme, l'identification précoce des chantiers législatifs par le groupe de travail permettant de faire adopter dès l'année prochaine les dispositions législatives nécessaires. Le chantier préalable que constitue la réécriture des ordonnances Pathos, sous le pilotage du professeur Novella, est par ailleurs bien avancé. Enfin, si les résultats de l'étude nationale de coûts en EHPAD réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) - analysant non seulement les coûts par activité, mais aussi le profil de résident - ne seront effectivement disponibles qu'à partir de 2017, ses enquêtes de coûts menées depuis 2012 auprès des EHPAD seront une source d'informations précieuses pour le groupe de travail chargé de la réforme de la tarification de ces établissements médico-sociaux.

Je tiens à préciser que ces travaux participent d'une même démarche et sont articulés, de manière à proposer un schéma-cible unique et cohérent.

J'ajoute que les indicateurs regroupés dans le tableau de bord de la performance développé par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ont vocation à être étendus à l'ensemble du secteur social et médico-social et à se substituer aux indicateurs issus de l'article R. 314-28 du code de l'action sociale et des familles dont vous avez souligné les différents inconvénients – en particulier, leur couverture limitée et l'absence de traitement informatisé. Le tableau de bord a en effet non seulement l'ambition de constituer un outil de pilotage interne pour les établissements et services, de guider le dialogue entre ces structures et les autorités tarifaires, mais aussi, à terme, en fonction de l'avancement des réformes tarifaires, de permettre la prise en compte des critères de qualité dans l'attribution des dotations. Le remplissage de ce tableau deviendrait en conséquence obligatoire pour les établissements et services, en lieu et place des indicateurs actuels prévus par le code ; comme vous le suggérez, la prise en compte de ces indicateurs, en revanche, serait dépourvue de caractère automatique pour que l'autorité de tarification conserve une marge de discrétion en fonction des circonstances locales. Afin de faciliter cette démarche, mais aussi de disposer d'une expertise commune avec le champ sanitaire, l'ATIH s'est vue confiée la reprise des tableaux de bord en vue de leur généralisation.

Modulation des tarifs d'hébergement des résidents en EHPAD selon leur prise en charge au titre de l'aide sociale

Le groupe de travail EHPAD sera l'occasion de mener une réflexion sur la modulation par les départements des tarifs d'hébergement des résidents en EHPAD selon leur prise en charge au titre de l'aide sociale, objet de la recommandation n°5. Il faut signaler dès à présent que le projet de loi portant adaptation de la société au vieillissement modifie l'article L. 342-1 du CASF pour définir les prestations minimales relatives à l'hébergement qui formeront un « tarif socle ». La définition de ces prestations par décret devrait permettre de compléter le dispositif initié en 2009 pour conforter le lien entre l'habilitation à la place à l'aide sociale et le bénéficiaire.

Répartition du financement des dépenses de personnel d'aides soignants et aides médico-psychologiques

La deuxième partie de la recommandation n°4 concerne la répartition du financement des dépenses de personnel d'aides soignants et aides médico-psychologiques (AS-AMP) à 70% sur la section soins et 30% sur la section dépendance. Vous proposez de supprimer la règle actuelle de co-financement au profit d'un renvoi aux conventions tripartites qui fixeraient le nombre de postes financés par l'assurance maladie ou le conseil général.

Votre suggestion soulève, tout d'abord, la question de l'égalité des usagers sur le territoire devant le service rendu (taux d'encadrement en AS/AMP) et devant le coût des prestations restant à leur charge en EHPAD (l'usager s'acquittant en effet d'une partie du coût du financement des postes d'AS-AMP à travers le talon dépendance).

La question de la rupture d'égalité entre les usagers de ces établissements se pose avec d'autant plus d'acuité que nous tendons au travers de la tarification actuelle vers une moins grande dispersion des coûts à la place pour l'usager entre établissements de même nature et nous nous efforçons de contenir le reste à charge des personnes âgées dépendantes.

En second lieu, ce sujet comporte un risque non négligeable de transfert de charges des collectivités locales vers l'assurance maladie ce qui dans le contexte actuel de trajectoire de redressement des finances publiques n'est pas soutenable.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier président, l'expression de ma sincère considération.



Marisol TOURAINE