



15ème législature

Question N° : 2094	De M. Hubert Wulfranc (Gauche démocrate et républicaine - Seine-Maritime)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique > personnes âgées	Tête d'analyse > Réforme du financement des EHPAD publics.	Analyse > Réforme du financement des EHPAD publics..
Question publiée au JO le : 17/10/2017 Réponse publiée au JO le : 12/12/2017 page : 6384		

Texte de la question

M. Hubert Wulfranc alerte Mme la ministre des solidarités et de la santé sur les inquiétudes soulevées par l'application du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de la convergence de la tarification des EHPAD ainsi que par l'arrêt du financement des contrats aidés auxquels recouraient les établissements pour pallier les insuffisances de moyens humains. Sollicité par plusieurs fédérations et organisations représentants les EHPAD publics, ainsi que par plusieurs parlementaires, le ministère des solidarités et de la santé s'est employé à tenir un discours rassurant pour désamorcer la crise soulevée par la mise en œuvre de la convergence des tarifs dépendance organisée autour du tarif moyen départemental qui impactera négativement les établissements publics. Si le ministère reconnaît que les EHPAD publics perdront 65,6 millions d'euros au titre de la tarification dépendance, celui-ci affirme que cette baisse sera compensée par une hausse de 165,8 millions de la tarification des soins. Selon les calculs du ministère, les EHPAD publics bénéficieraient de 100,2 millions d'euros supplémentaires au terme du processus de convergence. Néanmoins, selon le comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation des EHPAD qui s'est réuni le 25 septembre 2017, 2,9 % des EHPAD, tous statuts confondus, seraient en convergence négative sur les deux dotations. Sur ces EHPAD, deux tiers seraient des établissements publics et représenteraient 76,8 % des places concernées. Aucun dispositif de compensation n'est à ce jour prévu pour ces établissements. Par ailleurs, aucun dispositif de convergence n'est prévu au plan national en termes de calcul de la valeur du point GIR départemental. Si la valeur moyenne du point calculée sur 95 départements s'élève aujourd'hui à 7,00 euros, certains départements présentent des disparités fortes. Ainsi les Alpes-Maritimes affichent 5,68 euros contre 9,47 euros pour la Corse du Sud. Ces variations sont imputables pour une part, à des disparités de traitement entre les départements qui consacrent plus ou moins de moyens au traitement de la question de la dépendance et d'autre part, à la structuration de l'offre d'EHPAD. En effet, les territoires où les EHPAD sous statuts privés sont prédominants présentent un GIR moyen départemental plus faible du fait de garanties sociales salariales, souvent inférieures à celles du secteur public ou encore, du fait d'une moindre prise en charge par les EHPAD privés, des personnes dépendantes relevant du soutien de l'aide sociale. D'une manière générale, les acteurs du secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes en établissement rappellent que leurs financements restent insuffisants face aux besoins des établissements et aux attentes des résidents et de leurs familles. De plus, le décret 2016-1814 ne précise pas si la moyenne départementale établie pour le calcul du GIR départemental constitue un plancher. En l'état, rien n'interdit aux conseils départementaux de considérer que cette moyenne départementale constitue un plafond et non une référence, ou un plancher de convergence des tarifs. Par conséquent, il lui demande de mettre en œuvre un mécanisme de solidarité au niveau national, sans convergence à la baisse pour les départements dont le point GIR est supérieur à la moyenne nationale financé par la CNSA. Il lui



demande également de mettre en place un mécanisme de compensation pour les établissements publics perdants concomitamment sur les volets soins et dépendances. Il sollicite également son intervention au sein du Gouvernement pour revenir sur la suppression des contrats aidés employés utilisés dans les EHPAD. Enfin, il l'invite à mettre en chantier un projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie dans le cadre d'une protection sociale élargie impliquant des financements collectifs et solidaires.

Texte de la réponse

Le nouveau modèle de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), introduit par la loi no 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, vise à objectiver les besoins de financement des établissements en reliant l'allocation de ressources aux besoins en soins des résidents ainsi qu'à leur niveau de dépendance. L'objectif de cette réforme est donc bien de rétablir de l'équité dans la répartition de financements des EHPAD au regard des seuls critères de l'état de dépendance et du besoin en soins des résidents. Le cumul des convergences soins et dépendance devrait apporter 397,9 millions d'euros de financements supplémentaires aux EHPAD, à l'issue de la période 2017-2023 afin de renforcer les effectifs soignants des établissements. Seuls 2,9% des EHPAD tous secteurs confondus cumulent les effets d'une convergence négative sur leurs forfaits soins et dépendance. Ces établissements feront l'objet d'une attention spécifique par les agences régionales de santé (ARS) avec une enveloppe de 28 millions d'euros en 2018 qui pourra être utilisée à cet effet. Par ailleurs, il est loisible aux conseils départementaux d'apporter eux-mêmes un soutien ponctuel aux établissements en difficulté, par le biais de financements complémentaires. Afin de ne pas alourdir la charge financière des conseils départementaux, la convergence des tarifs dépendance des EHPAD est organisée autour du tarif moyen départemental. La convergence, à la hausse comme à la baisse, est étalée sur sept ans afin de permettre aux établissements de se réorganiser en conséquence. Il est également possible d'aménager ce rythme de convergence dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que les conseils départementaux doivent signer avec les EHPAD de leur département. Ainsi, chaque conseil départemental fixe annuellement la valeur du « point GIR (groupe iso-ressources) », c'est-à-dire le nombre d'euros consacré pour chaque point de dépendance des résidents. L'obligation de publier une valeur de point GIR départemental rend désormais très lisible des politiques départementales qui étaient auparavant masquées dans 7 000 décisions tarifaires prises pour chaque EHPAD. Cette transparence met en lumière des disparités entre départements. En effet, la valeur moyenne de points Gir départementaux est de 7€ et les valeurs minimale et maximale sont respectivement de 5,68€ et 9,47€ mais la moitié des valeurs de points sont comprises entre 6,7€ et 7,4€. Ces disparités préexistaient antérieurement à la réforme, elles reflètent les écarts de financement alloués au titre de l'exercice 2016, bases à partir desquelles ont été calculées les valeurs de point. La réforme ne renforce pas ces inégalités, elle rend seulement plus visible les différentes orientations des conseils départementaux en matière de financement des EHPAD dans le cadre d'une politique décentralisée. Enfin, l'instruction no DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret no 2016-1814 du 21 décembre 2016 précise bien que le président du conseil départemental peut librement fixer une valeur supérieure à la valeur du point GIR départemental. La valeur fixée en année N ne peut pas être inférieure à la valeur arrêtée en année N-1 mais elle peut toutefois être gelée. Ainsi, le calcul de la valeur du point GIR constitue donc une valeur plancher.