

## 15ème législature

<b>Question N° :</b> 3773	De Mme Annie Chapelier ( La République en Marche - Gard )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Solidarités et santé		<b>Ministère attributaire</b> > Solidarités et santé
<b>Rubrique</b> > personnes âgées	<b>Tête d'analyse</b> > Tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	<b>Analyse</b> > Tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
Question publiée au JO le : <b>12/12/2017</b> Réponse publiée au JO le : <b>26/12/2017</b> page : <b>6759</b>		

### Texte de la question

Mme Annie Chapelier attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé concernant l'impact et les effets *a posteriori* de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les décrets du 21 décembre 2016, pris en application de l'article 58 de la loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, mettent en œuvre, d'une part, un forfait global avec une convergence des forfaits soins et dépendance avec des financements versés par les départements d'implantation des établissements ; d'autre part, la convergence du forfait dépendance est elle-même déterminée par une moyenne établie autour du tarif départemental. La valeur du « point GIR » étant fixée annuellement au niveau du conseil départemental. De fait, elle craint un alignement généralisé par le bas qui favoriserait la perte de recettes de nombreux établissements, publics et associatifs notamment, et qui paupériserait à terme, la prestation de soins et de services. À ce titre, d'ailleurs, la « mission flash » sur les EHPAD dont Mme Monique Iborra fut la rapporteure révèle diverses carences au sein de ces établissements, notamment en matière de qualité d'accompagnement à défaut d'effectifs suffisants, d'organisation des soins qui se traduit parfois même par l'absence de médecins coordinateurs, l'absence d'infirmiers de nuit, etc. Les décrets du 21 décembre 2016 accentuent les inégalités territoriales d'un département à l'autre. Par ailleurs, s'en suit une déshabilitation à l'aide sociale départementale par insuffisance de dotations publiques avec un reste à charge difficile à assumer pour beaucoup, puisque le prix est bien au-delà des retraites perçues. Mme Annie Chapelier salue l'action de Mme la ministre, notamment le premier comité de suivi qui s'est tenu le 25 septembre 2017 à l'occasion duquel la direction générale de la cohésion sociale et la CNSA ont pu présenter de nouvelles études d'impact de la convergence tarifaire des forfaits soins et dépendance en EHPAD. Toutefois, elle souhaite attirer l'attention sur les résultats de ces études dans le secteur public, notamment la convergence du forfait dépendance. Les 37 % d'EHPAD publics en convergence à la hausse sur le forfait dépendance recevront 59,7 millions d'euros de financements supplémentaires, tandis que les établissements en convergence à la baisse restitueront 125,3 millions d'euros. Bien que le solde de la convergence dépendance, très négatif (65,6 millions d'euros), soit compensé par la convergence sur le forfait soins, près de 100,2 millions d'euros en plus (soit 165,8 millions d'euros en tout), l'EHPAD ne doit pas devenir un lieu de soin dans lequel l'on vit mais un lieu de vie dans lequel on se soigne. D'autant plus que certains EHPAD cumulent les effets d'une convergence négative sur leurs forfaits soins et dépendance. Elle lui demande si une négociation avec les départements dans le but d'éviter l'alignement généralisé par le bas est envisageable et quelle réflexion est menée en amont sur l'EHPAD de demain pour accompagner plus dignement la fin de vie.

## 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.