

Groupes de travail relatif à la modernisation du pilotage et à la simplification de la gestion des EHPAD

1) Contributions transmises en avril 2015 :

GRUPE DE TRAVAIL N°1: améliorer l'efficience de l'outil contractuel / moderniser et simplifier l'allocation de ressources.

- Accord sur la mise en place d'un CPOM obligatoire, pour 5 ans.
- Intérêt effectivement qu'il puisse être unique pour plusieurs établissements gérés par une même direction ou pour plusieurs budgets annexes d'un même établissement. Cependant, il faut que cette simplification s'accompagne d'une harmonisation des régimes tarifaires si celle-ci est souhaitée par la direction. A titre d'exemple, pour un Centre Hospitalier, il est possible d'avoir : une USLD en tarif global avec PUI, un EHPAD en tarif global avec PUI, un EHPAD en tarif partiel sans PUI et un EHPAD en tarif Global sans PUI. L'existence d'un même CPOM pour ces 4 budgets annexes ne simplifiera pas les choses puisque par la suite ces 4 régimes tarifaires différents devront être traités séparément. Cette remarque est d'autant plus importante que actuellement beaucoup de directions communes ou fusions sont réalisées.
- Nécessité d'une rencontre annuelle avec les autorités (DTARS / CG) : rencontre budgétaire et de dialogue de gestion (impossible matériellement de faire deux réunions par an) qui consisterait à négocier le BP de l'exercice n+1, présenter les projets de l'établissement notamment d'investissement, et faire un point sur l'état d'avancement du CPOM.
- Accord sur un passage à un EPRD en parallèle du CPOM mais il serait nécessaire d'harmoniser les calendriers entre le sanitaire et le médico-social. En effet, actuellement l'EPRD N d'un Centre Hospitalier est voté en juin de l'année N, ce qui serait beaucoup trop tard pour la détermination des tarifs médico-sociaux (nécessité de caler le sanitaire sur le médico-social et non l'inverse). La question des calendriers n'est absolument pas anodine, pour les établissements mais aussi pour les autorités, et a un impact fort sur la qualité du dialogue de gestion.
- Il est nécessaire de tenir compte des nomenclatures comptables : M21 pour les budgets annexes des Centre Hospitaliers, affectation des résultats par le conseil de surveillance (pas de changement possible de cette affectation par les autorités), pas de tableau des emplois

obligatoire, application du Code de la Santé Publique et non du CASF, découpage du budget en titres et non en groupes... Seule dérogation : les budgets annexes du Centre hospitalier sont aujourd'hui présentés en octobre N-1 pour que les tarifs de l'année N soient fixés au 01/01/N. mais il n'y a pas de compte administratif à présenter pour le 30/04/N+1 (=> compte financier) malgré ce que certaines autorités tentent d'imposer chaque année dans certains départements.

GROUPE DE TRAVAIL N°2 : outiller le dialogue de gestion par la généralisation d'indicateurs

- Contrairement à ce qui était annoncé, aucune simplification en 2015 : les indicateurs demandés sont déjà saisis pour la plupart dans d'autres documents, souvent obligatoires d'ailleurs, pour les EPS : bilan social, compte financier et ses annexes sur la plateforme Ancre, SAE, rapport de gestion spécifique demandé par le Conseil Général... Pas d'interface malheureusement aujourd'hui avec les autres systèmes d'information en place. Au final, si ces indicateurs sont appliqués de manière obligatoire aux Centres Hospitaliers pour leurs budgets annexes, ils devront être les seuls, c'est-à-dire que nous n'aurons pas à renseigner d'autres documents pour les budgets annexes notamment pour les conseils généraux. Il serait nécessaire que ces indicateurs soient en fait récupérés sur les autres plateformes déjà renseignées aujourd'hui tout simplement.
- Nécessité d'adapter ces indicateurs aux Centres hospitaliers : il n'est ni possible ni pertinent de définir un taux de Caf ou encore un taux d'indépendance financière pour un seul budget annexe EHPAD. Ces indicateurs sont définis pour l'ensemble du Centre Hospitalier. Il est nécessaire de préciser si ces indicateurs doivent être saisis pour un groupe, un établissement, chaque budget annexe...
- Refus que ces indicateurs puissent conditionner les allocations de ressources des établissements. Ils doivent rester des indicateurs de qualité, de dialogue de gestion et doivent être analysés / comparés avec prudence.

GROUPE DE TRAVAIL N°3 : définition des prestations d'hébergement socles

- Accord sur la publication des tarifs des établissements qui seraient comparables entre eux car effectivement comprendraient tous, a minima, les mêmes prestations « socles », préalablement identifiées et listées dans la réglementation. Toutefois, pour être comparables entre eux, il est indispensable que sur ce site les établissements soient présentés par catégorie juridique. En effet, les règles comptables, fiscales, parafiscales diffèrent de manière trop importante pour que nos tarifs soient comparables. A titre d'illustration, pour les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, il n'y a pas d'indemnités journalières pour les personnels titulaires qui restent, même en arrêt de travail / congé maternité, à la charge de l'établissement, tout comme leurs remplaçants. Une personne à temps partiel en congé maternité, est rémunérée à 100%. Les personnes à 80% sont rémunérées à hauteur de 6/7^{ème} (85.7%), les personnes à 90% sont rémunérées à

hauteur de 32/35^{ème} (soit 91.4%). Lors de la fin de contrat d'un personnel contractuel, l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) est à la charge de l'établissement (sous réserve que l'agent ait réuni les conditions d'attribution). Il n'y a pas la même application de la TVA, les charges patronales ne sont pas les mêmes, etc.

- A côté de ce tarif, il est important que chaque établissement puisse valoriser ce qu'il propose : indiquer que pour ce tarif, le résident peut avoir accès à tel ou tel service (ex : jardin thérapeutique, espace sensoriel, balnéothérapie,...). Il lui sera possible d'indiquer enfin que pour un montant, supplémentaire cette fois, le résident peut opter pour telle ou telle prestation en plus (lavage linge personnel, repas accompagnant, coiffeur...).
- Avant de publier ces tarifs, il est indispensable que soit réalisée une remise à plat de la répartition des charges entre les trois sections. Cette remise à plat est nécessaire si l'on veut garantir une équité de traitement et objectiver la comparaison entre les établissements. A titre d'exemple, les frais de structure relatifs à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) sont imputés sur la section hébergement et non sur la section soins. Il en est de même pour les frais relatifs au dossier de soins/médical informatisé. Le tarif peut donc varier sensiblement en fonction de ces frais qui une fois de plus ne rendent pas comparables entre eux, les tarifs de deux établissements, même appartenant à une même catégorie juridique. La section hébergement prend à sa charge depuis toujours un certain nombre de dépenses qui pourraient relever de la section soins, ce qui viendrait diminuer le reste à charge pour le résident.
- Pas d'accord sur un « tarif socle » ou « plafonds » imposé car le tarif varie énormément selon les effectifs accordés à l'établissement mais aussi et surtout l'état du bâti. Pour deux établissements d'une même catégorie juridique. Un écart de 10 euros peut être observé simplement parce que le premier établissement est rénové et le deuxième ne l'est pas encore.
- Sur cette même plateforme CNSA, il peut être intéressant de prévoir pour chaque établissement la possibilité d'un renvoi vers son site internet, pour plus de prévisions.
- Concernant le contenu des prestations socles (cf. tableau proposé au groupe de travail) :

Administration générale : l'administration comprend les dépenses de direction, la démarche qualité, la diététicienne, la gestion des ressources humaines, la gestion des marchés...

Accueil hôtelier :

Concernant le linge des résidents: il n'a jamais été obligatoire pour les établissements. Son entretien, s'il est inclus dans les prestations socles à l'avenir, doit faire l'objet d'une tarification en sus (donc augmentation du prix de journée par le conseil général si à l'avenir l'entretien de ce linge personnel est inclus).

Concernant les produits d'hygiène: ils sont à la charge du résident, fournis par la famille / son représentant légal. S'ils sont inclus dans les prestations socles à l'avenir, ils doivent faire l'objet d'une tarification en sus (donc augmentation du prix de journée par le conseil général).

Concernant le téléphone : le tarif comprend la mise à disposition d'une ligne téléphonique et d'un téléphone mais pas l'abonnement ni les communications. Il en va de même pour l'internet : l'accès est possible mais l'abonnement doit être facturé en sus.

Entretien, restauration, animation : pas de remarque.

REMARQUES GENERALES COMMUNES AUX TROIS GROUPES

- **De nombreuses différences existent entre les nomenclatures M21 et M22** (découpage en groupes ou titres, affectation des résultats,...). A l'heure où de nombreux établissements EPS et EPSMS se rapprochent (direction commune, fusion), ces différences sont source de confusion.
- **Les consignes données diffèrent** selon les conseils généraux ou selon différents interlocuteurs d'un même conseil général notamment quant à l'affectation des certaines charges. Le même phénomène est observé dans les DTARS.

Exemples :

- possibilité ou non d'affecter une AS à 100% sur les soins
 - possibilité ou non d'affecter une ASH comme une AS (30% dépendance et 70% soins) si l'ASH vient remplacer une AS absente.
 - possibilité d'affecter ou non les emplois aidés comme des ASH (70% hébergement et 30% dépendance)
 - personnels affectés en fonction de leur grade mais parfois en fonction de leur fonction : AS qui fait de l'animation, affectée sur la section hébergement ou 30% dépendance et 70% soins.
 - médecine du travail impactée sur l'hébergement ou alors répartie au prorata des ETP sur les trois sections
 - assurances imputée sur l'hébergement ou alors réparties sur les trois sections
 - recettes liées à la formation continue affectées sur l'hébergement où alors réparties sur les trois sections.
 - etc...
-
- **L'étanchéité des trois sections d'un même budget annexe est la règle** mais ne semble plus être appliquée strictement désormais. Exemple d'un conseil général qui demande que les résultats des sections dépendance et hébergement d'un même budget annexe se compensent entre elles et qui demande même que toutes les sections hébergement et dépendance des trois budgets annexes du Centre Hospitalier se compensent entre elles.
 - **La difficulté pour les budgets annexes de participer pleinement aux charges générales** initialement prises en charge par le budget principal dans un Centre hospitalier. Le prix de journée des budgets annexes ne permet pas de prendre en charge toutes les dépenses administratives, logistiques et générales qu'il devrait supporter. Au final, le RTC (retraitement comptable) imposé annuellement pour les EPS est faussé. Il est impossible de respecter la sincérité des comptes.

- **La question de l'étalement des déficits sur 3 ans** fait l'objet d'un vide juridique à ce jour. Depuis sa modification, la M21 ne prévoit plus le possible étalement des déficits d'une section sur 3 ans. Cet étalement présentait pourtant un avantage : celui d'étaler pour le résidant l'impact du déficit sur le prix de journée qu'il supportait. Cette possibilité toujours offerte en M22, ne l'est plus en M21. Un décalage des résultats affectés existe donc désormais entre un EPS, sa trésorerie et l'ARS d'un côté et le Conseil général de l'autre.
- **La tarification dépendance manque de lisibilité pour les usagers.** Dans beaucoup de départements, l'APA est versée directement sous forme de dotation annuelle à l'établissement. En parallèle, le résidant doit s'acquitter d'un talon dépendance. Le résidant ou à sa famille ont souvent l'impression de « perdre leur APA » et de devoir payer en plus une part relative à la dépendance (le talon). Des explications sont bien sûr données pour leur expliquer ces modalités (d'autant plus qu'une différence existe pour les résidents venant des autres départements...). En parallèle, on sait que le GMP peut varier très sensiblement en quelques mois, sans que pour autant son évolution soit prise en compte financièrement. Il y a une difficulté récurrente, et semble-t-il commune à de nombreux établissements : le déficit de la section dépendance, sur lequel il est très difficile d'intervenir (les crédits sont parfois suffisants sur la section hébergement et/ou la section soins mais insuffisants sur la section dépendance, ne permettant pas de recruter par conséquent une ASH ou une AS supplémentaire).
- **Une difficulté majeure réside dans la présence d'établissements sous différentes options tarifaires :** tarif partiel ou tarif global, avec ou sans PUI. Le rapport de l'IGAS a pourtant démontré que le passage en tarif global avec PUI était une source d'économie ou de maîtrise des dépenses de santé et surtout constituait un gain pour la qualité des soins et la sécurisation du circuit médicament.
- **Le taux d'évolution pour les sections hébergement et dépendance est appliqué de manière quasi automatique à tous les établissements** du même département (exemple 1.2% en Côtes d'Armor chaque année). Ce taux a été parfois en dessous du taux de l'inflation (exemple en 2012 : taux d'inflation de 2.1%). De plus, les mesures salariales ne sont pas accompagnées financièrement par les autorités (pas du tout par le CG ? quelques CR ou CNR versés en fin d'année par l'ARS ?). A titre d'exemple, pour un Centre Hospitalier de proximité, la revalorisation des catégories B et C a représenté près de 200 000 € de surcoût en 2014, et la même somme en 2015, pour 400 salariés, sans accompagnement financier.
- **L'endettement des établissements et l'augmentation du prix de journée sont croissants** car il n'y a presque plus de subventions désormais pour financer les projets immobiliers. Pourtant, des opérations liées à la mise aux normes de qualité et de sécurité sont encore nécessaires et ont un impact sur l'activité et donc les recettes de tarification des EHPAD (exemple : dédoublement des chambres).
- **La communication avec les autorités est moindre désormais** (baisse des effectifs du côté des autorités ? restrictions budgétaires ? manque de visibilité ?). Il n'y a par exemple plus de rencontre budgétaire annuelle dans différents territoires.

- **De grandes différences existent entre des établissements FPH - FPT – associatifs – privés non lucratifs** (et sont parfois méconnues des autorités qui les comparent pourtant les uns aux autres) : les personnels ne bénéficient pas des mêmes primes, ce ne sont pas les mêmes populations qui sont accueillies, pas les mêmes GMP, pas les mêmes organisations, pas les mêmes systèmes assurantiels (remplacement du personnel en arrêt maladie notamment...), pas les mêmes grilles salariales...

2) Remarques formulées lors de la réunion « bilan intermédiaire » du 15/04/2015 :

- A la présentation des documents, il semblerait que seuls soient pris en compte une fois encore les EHPAD autonomes (établissements médico-sociaux en M22) alors que les EHPAD des Centres Hospitaliers (budget annexe d'un établissement public de santé en M21) sont aussi concernés par ces groupes de travail. Les différences sont importantes et entraînent des difficultés d'interprétation et d'application sur le terrain aujourd'hui pour les établissements, les conseils généraux et les DTARS. Pour rappel, les EHPAD budgets annexes des Centres Hospitaliers sont soumis au Code de la Santé Publique et à la nomenclature comptable M21 : nous ne présentons pas un « compte administratif » pour le 30 avril de chaque année mais un « compte financier » présenté en mai/juin. Le « conseil de surveillance » décide de l'affectation des résultats alors que le « conseil d'administration » de l'EHPAD autonome propose aux autorités cette affectation (qui peuvent donc la corriger). De plus, nous sommes déjà en CPOM et EPRD : il est nécessaire d'en tenir compte pour ne pas multiplier les outils et les calendriers...
- L'ANCHL est favorable à la démarche de simplification enclenchée avec la proposition d'un seul et même CPOM pour plusieurs EHPAD d'un même département (au lieu de plusieurs conventions tripartites comme aujourd'hui) mais attention une fois encore à ce que le texte ne soit pas trop restrictif : celui-ci doit prévoir la rédaction d'un seul CPOM pour plusieurs budgets annexes d'un même établissement également. Des difficultés d'application seront rencontrées sur le terrain si le texte n'est pas assez précis.
- Les indicateurs de performance tels qu'ils figurent dans les tableaux de bord présentés en groupe de travail ne sont pas adaptés aux EHPAD budgets annexes des CH. A titre d'exemple, on ne peut indiquer un montant de trésorerie, de CAF ou un taux d'indépendance financière juste pour la partie EHPAD d'un CH. Ces indicateurs se mesurent globalement, sur l'ensemble de l'établissement. Il s'agit d'ailleurs d'indicateurs financiers déjà calculés et présentés chaque année dans le cadre du rapport de gestion, élaboré conjointement désormais avec le comptable de l'établissement. ces indicateurs font donc doublons. Pour l'ANCHL il n'est pas envisageable de renseigner à la fois des indicateurs dans le cadre 1/ du rapport financier annuel de l'établissement 2/ de l'ANAP et 3/ que chaque conseil général demande en plus comme aujourd'hui aux établissements de renseigner son propre « rapport » ou « maquette » ou des indicateurs qui lui sont propres. Chaque année, c'est l'inverse d'un choc de simplification de ce côté-là.

- Enfin, à l'heure actuelle, les établissements ne peuvent plus prétendre à 100% de la dotation plafonds mais 90% de celle-ci maximum. Or, il est important d'avoir à l'esprit que les effectifs obtenus avec 90% de la dotation soins sont déjà pour beaucoup d'établissement restreints voire insuffisants. Notamment dans les CHL, au vu de la taille restreinte des équipes, retirer un ou deux postes sur la section soins revient souvent à déstabiliser un service tout entier. C'est un point d'autant plus important que l'on constate depuis plusieurs mois que la population demandeuse d'entrer en EHPAD évolue nettement : les personnes âgées dépendantes physiquement aujourd'hui arrivent, et c'est tant mieux pour elles et leur famille, à rester chez elles au vu des différents services proposés pour le maintien à domicile. Par contre, on voit apparaître une population présentant de plus en plus des troubles cognitifs importants (hallucinations, agressivité, cris désinhibition...) : des personnes qui relèvent de gérontopsychiatrie en réalité. Nous attirons donc l'attention du Ministère sur la nécessité de développer des UHR sur le territoire. Nous demandons également une plus grande transparence quant aux critères d'attribution de ce type d'autorisation.

3) Remarques complémentaires (mai 2015) :

Des différences notables existent entre les EHPAD hospitaliers et les EHPAD autonomes justifiant leur écart de tarifs, par exemples :

- ✓ alors que l'on retrouve en général une IDE coordinatrice, souvent imputée sur la section soins en EHPAD autonome, c'est un cadre de santé, imputé sur la section hébergement, que l'on retrouve en EHPAD hospitalier. Le cadre de santé détient des compétences spécifiques, validées par un diplôme, indispensables aujourd'hui pour optimiser les organisations de travail et par conséquent la bientraitance et la sécurité du résident.
- ✓ les EHPAD hospitaliers sont en général desservis par une PUI, ce qui a un impact sur la section soins mais aussi la section hébergement comme évoqué plus haut. Cependant, nous notons aussi grâce à la dispensation des médicaments par une PUI une réelle sécurisation du circuit médicament et une nette diminution des risques d'iatrogénie.
- ✓ l'informatisation : les logiciels installés dans les EHPAD hospitaliers, et d'une manière générale les moyens informatiques, sont plus développés dans les EHPAD hospitaliers que dans les EHPAD autonomes. La présence en EHPAD hospitalier, d'informaticiens et de matériels ergonomiques et sécurisés, peuvent expliquer une différence de tarif avec un EHPAD autonome mais sont pourtant aujourd'hui indispensables si l'on souhaite sécuriser les soins (identitovigilance, traçabilité, absence de recopiage...), le circuit médicament (alerte sur les interactions, consultation d'un livret du médicament..., les données (salles serveurs en doublons, supervision etc).
- ✓ la spécialisation des professionnels administratifs et logistiques : il est difficile aujourd'hui pour un directeur d'EHPAD autonome de faire face, seul, aux exigences légales et réglementaires qui évoluent en permanence et dans tous les domaines : marchés publics, fiabilisation des comptes, évolution des statuts, évaluations qualité, travaux... Un EHPAD hospitalier détient ces compétences spécifiques au niveau des équipes administratives mais aussi dans les services : référent hygiène, référent douleur, référent animation...