



## Dossier de synthèse

---

Octobre 2017

Impact de la réforme de la tarification des EHPAD sur le  
secteur public

## CONTEXTE

**84% des Français estiment que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes disposent de moyens insuffisants et plus des deux-tiers des Français (68%) jugent insatisfaisante la prise en charge actuelle de la santé et de l'accompagnement du grand âge et de la perte d'autonomie.** 65% des Français se disent inquiets de leur capacité actuelle ou future à accéder à l'ensemble des services/aides dont ils pourraient avoir besoin en vieillissant<sup>1</sup>.

Cette perception déjà alarmante risque sans conteste de s'aggraver dans les mois et les années à venir.

C'est tout le sens des alertes émises par la FHF depuis plus d'un an sur les risques induits par la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette mobilisation s'est accentuée en mai à l'issue des premières évaluations chiffrées établies sur la base des points GIR départementaux parus au court de cette période.

Au regard des enquêtes de la FHF et des nombreuses remontées de terrain, **la réforme de la tarification se traduit par une perte de ressources estimée à 200 millions d'euros.** Ce sont 300 000 personnes vivant en maison de retraite publique qui sont touchés et des milliers de professionnels à leur chevet qui sont mis en difficulté.

La raréfaction des moyens engendrée porte atteinte à la sécurité et à la qualité de l'accompagnement offert. Un effort de compression supplémentaire des moyens humains des établissements hébergeant des personnes âgées n'est pas envisageable sans risquer d'amoindrir la qualité des conditions d'accueil, des conditions d'exercice professionnel et l'attractivité de ce secteur déjà en souffrance.

En ce sens, la FHF propose dans ce dossier de revenir sur la situation du secteur et l'impact de la réforme : Un panorama du secteur des EHPAD permet de rappeler les spécificités propres à la mission d'intérêt général des établissements publics, spécificités niées par la mécanique simpliste de la réforme qui a des conséquences délétères pour notre secteur et l'accompagnement du plus grand nombre. C'est pourquoi la FHF demande un moratoire sur la réforme de la section dépendance de la tarification des EHPAD.

- I. Un panorama du secteur des EHPAD
- II. Les spécificités du secteur public
- III. Mécanique et conséquences de la réforme
- IV. Les attentes et propositions de la FHF

---

<sup>1</sup> Baromètre santé 360, Grand âge dépendance et accompagnement du vieillissement, Odoxa, Juillet 2017

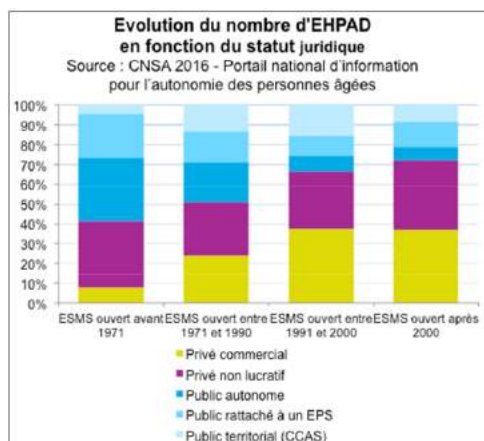
## I. PANORAMA DU SECTEUR DES EHPAD

### CAPACITES D'ACCUEIL DES RESIDENTS EN EHPAD

En moyenne, l'offre d'EHPAD en France est de **98 places pour 1 000 personnes âgées de soixante-quinze ans et plus**. La répartition des places au niveau départemental est inégale : certains départements enregistrent un taux d'équipement bien inférieur, comme les DOM (la Réunion, 39 places pour 1 000 personnes âgées, la Martinique et la Guyane, 45 places pour 1 000 personnes âgées) ou Paris (39 places pour 1 000 personnes âgées). Les départements ruraux enregistrent de meilleurs taux : la Lozère avec 171 places pour 1 000 personnes âgées et l'Ardèche avec 162 places pour 1 000 personnes âgées.

L'hébergement permanent constitue le principal mode d'accueil (**547 263 places**, soit 97 % des capacités d'accueil). Certains EHPAD proposent également des places spécialement dédiées à l'hébergement temporaire (10 335 places installées, soit en moyenne 4 places par EHPAD).

Si on observe une **capacité médiane d'accueil de 79 places**, cette capacité est très hétérogène d'un établissement à l'autre : 8 % des EHPAD disposent de moins de 40 places installées, **et 10 % d'entre eux offrent plus de 120 places installées (dont les trois quarts des EHPAD publics)**. Ces écarts sont également significatifs selon le statut des structures<sup>2</sup>.



Enfin, si le nombre d'EHPAD a considérablement augmenté, passant de 1 972 EHPAD ouverts avant 1971 à 6 908 EHPAD en 2016, **ce constat est différent selon le statut des établissements. Les structures lucratives représentent 16 % de l'ensemble des EHPAD créés avant 1991 et 38 % des EHPAD créés depuis. À l'inverse, les EHPAD publics passent de 54 % des EHPAD créés avant 1991 à 30 % des structures ouvertes depuis.**

### REPARTITION DES RESIDENTS PAR STATUT JURIDIQUE D'ETABLISSEMENT

Les EHPAD peuvent relever de trois statuts juridiques : public, privé lucratif ou privé non lucratif.

**Les structures publiques représentent 76 % des EHPAD de plus de 120 places (dont 56 % de ceux rattachés à un établissement public de santé), les EHPAD privés lucratifs seulement 8 %.**

**Le secteur public du grand âge est composé de 3 352 EHPAD publics soit 295 746 places. Ce qui correspond à 53 % de l'offre sur le territoire, le secteur public étant majoritaire à l'heure actuelle<sup>3</sup>.**

Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
53%	28%	19%

<sup>2</sup> Analyse des tarifs en Ehpads en 2016, *Analyse statistique*, n°4, CNSA, Juin 2017.

<sup>3</sup> Volant S., (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Etudes et résultats*, n°899, DREES, décembre.

Fin 2016, la répartition en termes de structures et non de places est la suivante : 44% pour le public, 31 % pour le secteur privé non lucratif et 25 % pour le secteur privé commercial. **Les écarts s'expliquent par le fait que les structures publiques représentent 76 % des EHPAD de plus de 120 places.**

Par ailleurs, le coefficient d'occupation moyen sur l'année (taux d'occupation) des structures publiques avoisine les 98% tandis que les structures privées sont occupées à 91%<sup>4</sup>.

### **DES RESSOURCES FINANCIERES DES RESIDENTS TRES VARIABLES EN FONCTION DU STATUT JURIDIQUE D'ETABLISSEMENT**

La moyenne des ressources se situe entre 1 200 euros et 1 300 euros par mois dans les établissements publics ; elle est de 1 420 euros dans le secteur privé non lucratif et de 1 758 euros dans le secteur privé lucratif<sup>5</sup>.

**Ressources mensuelles en euros des résidents au 31 décembre 2011**

Catégorie d'établissement	1 <sup>er</sup> quartile	médiane	3 <sup>ème</sup> quartile	Moyenne
<b>Privé lucratif</b>	1092	1573	2216	1758
<b>Privé non lucratif</b>	830	1228	1761	1420
<b>Public hospitalier</b>	742	1053	1475	1237
<b>Public non hospitalier</b>	787	1135	1589	1307

Source : DREES, modèle Autonomix

**Il est à noter que la moitié des résidents en établissement publics vivent avec moins de 1 135 euros par mois, un quart vit même avec moins de 787 euros par mois.**

L'INSEE, évalue quant à elle le niveau de vie annuel médian pour une personne de plus de soixante-cinq ans à **20 470 euros, soit 1 705 euros par mois en 2013**<sup>6</sup>. Ce chiffre est bien supérieur aux médianes établies par l'enquête de la DREES du modèle Autonomix ci-dessus. On peut expliquer cet écart en constatant que les personnes nécessitant une entrée en établissement sont parmi les plus modestes financièrement. La pénibilité de leur vie active, un accès aux soins erratique, des conditions de vie plus difficiles alliées à l'impossibilité d'adapter un logement et à l'absence d'aidants ou d'entourage proche se conjuguent souvent par l'entrée en établissement, solution étant la plus favorable.

<sup>4</sup> Prévot J., (2009), « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et résultats*, n°689, DREES, mai.

<sup>5</sup> Fizzala A., (2016), « Le reste à charge des personnes âgées dépendantes résidant en établissement », in « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la DREES*, n°1, mars.

<sup>6</sup> « Les revenus et le patrimoine des ménages édition 2016 », INSEE.

## DES TARIFS FORTEMENT CONTRASTES SELON LE STATUT JURIDIQUE D'ETABLISSEMENT

Selon la CNSA, en 2016, la médiane des tarifs s'établit à 1 801 euros dans le public et 2 620 euros dans le privé.

	Nombre EHPAD	Premier décile (D1)	Premier quartile (Q1)	Médiane	Troisième quartile (Q3)	Neuvième décile (D9)	Rapport interdécile
<b>Statut juridique</b>							
Privé commercial	1 693	2 143 €/mois	2 359 €/mois	2 620 €/mois	2 953 €/mois	3 347 €/mois	1,56
Privé non lucratif	2 098	1 706 €/mois	1 817 €/mois	1 964 €/mois	2 165 €/mois	2 426 €/mois	1,42
Public	2 926	1 594 €/mois	1 690 €/mois	1 801 €/mois	1 928 €/mois	2 046 €/mois	1,28

Source : Portail CNSA au 31 décembre 2016

Ces chiffres divergent nettement des données de la DREES car ces données ne sont pas pondérées par le nombre de places concernées. Comme les structures publiques sont surreprésentées dans les EHPAD de grande taille et que leurs tarifs sont globalement plus bas que dans le privé, les écarts sont moindres dans les données CNSA que dans les données DREES.

Selon la DREES, la moitié des résidents payait un tarif pour l'hébergement d'au moins 1 510€ par mois dans le secteur public et d'au moins 2090€ dans le secteur privé en 2011<sup>7</sup>.

Les deux études établissent néanmoins d'importants écarts de tarifs entre les secteurs. On peut estimer sans difficulté que cet écart est encore bien plus conséquent. En effet, ces chiffres, bien que déjà très éclairants, ne prennent pas en compte deux autres éléments essentiels :

- Les établissements privés non lucratifs proposent systématiquement au moins deux tarifs, le tarif des places habilitées à l'aide sociale et le tarif des places non habilitées à l'aide sociale.
- **Par ailleurs, de par leur vocation sociale, les établissements publics ont pour pratique d'inclure toutes les prestations dans leur tarif hébergement tandis que les établissements privés lucratifs et non lucratifs facturent en plus certaines prestations, notamment le blanchissage du linge du résident pour des sommes forfaitaires pouvant dépasser la centaine d'euros par mois.**

Statut juridique	Nombre de structures	1er décile (D1)	1er Quartile (Q1)	Médiane	3ème Quartile (Q3)	9ème décile (D9)	Rapport inter décile
<b>Prix par jour (en €) en hébergement permanent Chambre seule (Prix majoritairement proposé)</b>							
Privé commercial	1 705	66.30 €	73.73 €	<b>82.00 €</b>	93.00 €	106.10 €	1.6
Privé non lucratif	2 111	51.40 €	54.93 €	<b>59.89 €</b>	66.60 €	75.17 €	1.46
Public autonome	1 216	48.59 €	51.67 €	<b>55.00 €</b>	58.63 €	62.05 €	1.28
Public rattaché à un EPS	1 072	46.94 €	50.85 €	<b>54.04 €</b>	58.33 €	62.63 €	1.33
Public territorial (CCAS)	657	46.51 €	49.45 €	<b>53.25 €</b>	57.74 €	62.00 €	1.33
<b>Chambre seule</b>	<b>6 761</b>	<b>49.57 €</b>	<b>53.56 €</b>	<b>59.25 €</b>	<b>72.00 €</b>	<b>88.00 €</b>	<b>1.78</b>

Source : Portail CNSA au 31 décembre 2016

<sup>7</sup> Volant S., (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Etudes et résultats*, n°899, DREES, décembre.

Les données présentées font donc état d'un panorama très contrasté en fonction des statuts juridiques d'établissements. Ces différences sont liées à la vocation sociale propre au secteur public et aux sujétions particulières qui sont les siennes.

## II. SPECIFICITES DE LA MISSION DE SERVICE PUBLIC

### UNE GARANTIE D'ACCESSIBILITE POUR LE PLUS GRAND NOMBRE : L'HABILITATION INTEGRALE A L'AIDE SOCIALE

L'habilitation d'un EHPAD à l'aide sociale lui permet de recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, c'est-à-dire des personnes dont les ressources sont par définition limitées. Dans ce cas, la prise en charge de la prestation « hébergement » est assurée en tout ou partie par le conseil départemental selon des règles fixées par le Code de l'action sociale et des familles et les règlements d'application propres à chaque département.

Si les EHPAD publics et privés associatifs bénéficient d'un agrément d'aide sociale (respectivement 100 % et 88 %) les EHPAD privés lucratifs le sont en moindre mesure (43 %).

Au-delà de la question de la répartition des agréments dans le parc des établissements, **il est essentiel de souligner la différence majeure entre secteur public et privé : la proportion de places habilitées à l'aide sociale.** En effet, au sein d'un même établissement habilité à l'aide sociale, l'intégralité ou seulement une fraction des places peut être réellement habilitée à l'aide sociale.

**En pratique, les établissements privés lorsqu'ils sont habilités à l'aide sociale, ne le sont que pour une fraction déterminée de leurs places tandis que les établissements publics sont eux habilités pour l'intégralité de leurs places.**

**Cela a des implications importantes car dans ces conditions le tarif hébergement est intégralement encadré par le conseil départemental. Alors que dans les établissements partiellement habilités les tarifs sont libéralisés.**

Il est parfois avancé que l'habilitation intégrale des places n'a pas de sens car seule une fraction de ces places est réellement occupée par des bénéficiaires de l'aide sociale. Ainsi en 2014, 119 000 personnes âgées hébergées en établissement bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement. Ce chiffre s'explique en grande partie par le phénomène du non recours et la solidarité familiale.

En effet l'aide sociale est normalement due par le département lorsque les ressources de la personne sont inférieures au montant des frais d'hébergement, **or comme vu en supra la médiane des ressources des résidents d'établissements publics (1 135 euros) est bien en deçà des tarifs proposés par les établissements (1 510 euros).**

**Le nombre de bénéficiaire de l'aide sociale ne peut être un indicateur en soit. Le delta entre les ressources des personnes et les tarifs proposés est extrêmement important.** La solidarité familiale et l'obligation alimentaire viennent combler ce delta lorsque l'aide sociale fait défaut. Ce coût est réel pour les ménages et, tout comme les aidants, difficile à chiffrer.

**Les établissements publics connaissent d'importantes listes d'attente car la demande est forte pour des établissements financièrement abordables.** Au-delà de la question de l'ouverture de places d'EHPAD c'est la question d'ouverture de places **financièrement abordables** qui doit être posée.

**Finalement, le tarif médian d'un établissement représente l'équivalent de 133% du revenu mensuel d'un retraité.**

Certains proposent que l'habilitation soit non plus liée à l'établissement mais attachée à la personne bénéficiaire, au-delà des difficultés techniques que supposeraient une telle mesure (encadrement des prix généralisés, fraction des tarifs de tous les lits d'établissements encadrée ?), ce dispositif ne viendrait qu'accentuer les conséquences du phénomène de non recours. Par ailleurs, de nombreuses personnes âgées entrent en établissement en urgence sans savoir si elles rentrent dans les critères d'éligibilité ou non de l'aide sociale. Ces personnes risqueraient d'entrer dans n'importe quel établissement en pensant bénéficier du tarif aide social encadré par le Conseil départemental, pour retrouver leur demande rejetée et un reste à charge très important à devoir régler.

Cette particularité de la **mission sociale des établissements publics** se traduit donc par des garanties importantes **d'accessibilité financière** pour les personnes accompagnées mais également par des ressources extrêmement contraintes pour les établissements publics qui **ont besoin de la solidarité nationale pour pouvoir fonctionner. C'est une mission de service public, de solidarité essentielle pour le vivre ensemble.**

Les établissements publics ne sont pas uniquement tournés vers la grande pauvreté mais proposent **bien un tarif modéré afin de garantir à tous, dont la classe moyenne fragilisée ces dernières années, de bénéficier du meilleur soin et du meilleur accompagnement pour un coût raisonnable.**

## RESPONSABILITE POPULATIONNELLE DANS LA FLUIDITE DES PARCOURS

**L'action des établissements publics s'inscrit dans le tissu territorial, en lien étroit avec l'hôpital et les libéraux pour une prise en charge fluide et concertée.** En effet, les établissements publics ne font ni discrimination financière ni discrimination de profil GMP/PMP. En particulier dans le cas des profils géronto-psychiatriques pourtant peu valorisés financièrement par les coupes PATHOS actuelles et donc dans le budget soins. Or, les personnes accueillies souffrent en moyenne de 7,9 pathologies et 91% d'entre elles souffrent d'affections neuropsychiatriques<sup>8</sup>.

Par ailleurs, les profils issus de la très grande précarité sont également admis sans valorisation financière particulière malgré des comportements à risque impliquant des surcoûts pour l'établissement. Une part importante des personnes accueillies en maison de retraite est touchée par **des pathologies psychiatriques, des problèmes d'addiction et de refus de soins. Ces personnes âgées sont aussi souvent très isolées** et le temps passé par les professionnels à suppléer la famille du résident et ce, à toutes étapes de la prise en charge (en amont du séjour pour les formalités administratives de l'admission, au cours de la prise en charge, avec l'accompagnement nécessaire et impératif des équipes soignantes et médicales, en aval au moment de la préparation des obsèques par exemple), entraîne un surcoût évident en personnel médical, administratif et soignant, mais aussi des dépenses de fonctionnement majorées par des problématiques d'hygiène.

La bonne implantation des établissements médico-sociaux dans le maillage territorial et la part des structures directement rattachées à un établissement public de santé permettent une collaboration étroite avec les hôpitaux afin d'éviter les hospitalisations non pertinentes ou les durées moyennes de séjour trop longues.

Bien que perfectible, le rôle des établissements publics est essentiel en aval de l'hôpital pour fluidifier les parcours de soins des personnes âgées.

<sup>8</sup> Makdessi Y., Pradines N., (2016), « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Etudes et résultats*, n°989, DREES, décembre.

Calvet L., Pradines N., (2016), « Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile », *Etudes et résultats*, n°988, DREES, décembre.



Ce rôle vient encore de se renforcer avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). La forte présence de la question gérontologique dans la constitution des projets médicaux partagés de territoire est un indicateur important de cette collaboration sanitaire/médico-sociale, prémices d'une véritable stratégie de groupe territoriale au service des personnes.

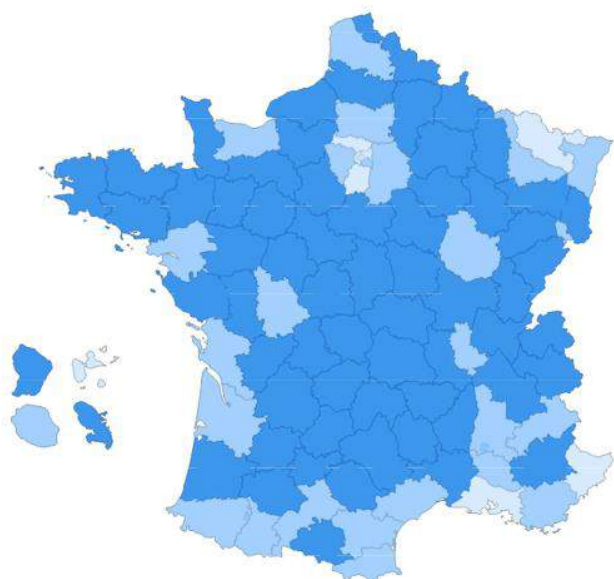
## UN MAILLON CLE POUR LUTTER CONTRE LES DESERTS MEDICO-SOCIAUX

Le secteur public est un maillon clé du soin et de l'accompagnement sur tout le territoire. L'hôpital public comme les établissements médico-sociaux pallient souvent l'absence d'offre libérale ou privée.

**L'espace à dominante rurale regroupe davantage d'établissements publics (64%) que l'espace à dominante urbaine (37%).** Les capacités d'accueil rattachées au secteur public sont présentes dans tous les départements, mais dans des proportions qui varient de 15 % dans les Bouches-du-Rhône à 91 % dans les Landes.

**À l'inverse, on ne trouve aucune place en EHPAD privé commercial sur le Territoire de Belfort, en Lozère, dans l'Aveyron et la Creuse alors qu'elles représentent plus de 50 % de l'offre dans les départements des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône, de la Charente-Maritime, des Yvelines, des Hauts-de-Seine, du Var, de l'Essonne et du Val-d'Oise.**

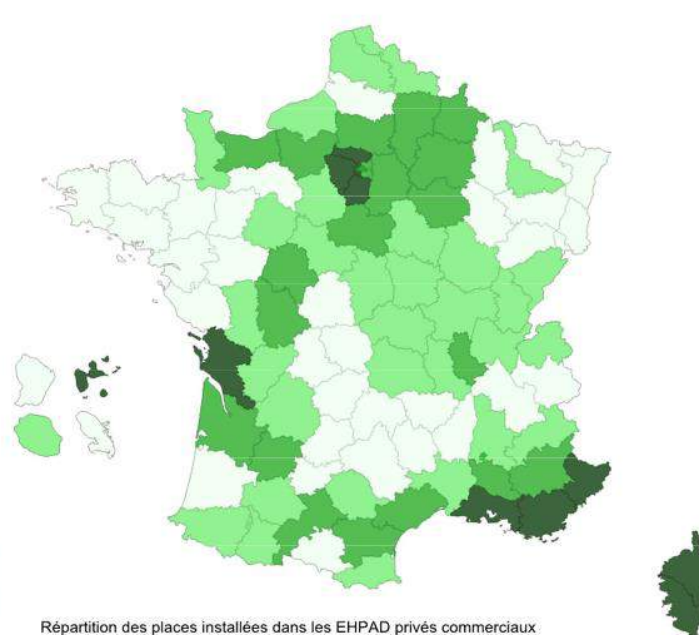
Proportion de places installées dans les EHPAD publics en 2016  
Source : FINESS 2016



Répartition des places installées en EHPAD publics par rapport à la moyenne nationale



Proportion de places installées dans les EHPAD privés commerciaux en 2016  
Source : FINESS 2016



Répartition des places installées dans les EHPAD privés commerciaux par rapport à la moyenne nationale



## SUJETIONS PARTICULIERES DU SERVICE PUBLIC



- **Le secteur public répond aux règles de la fonction publique et ne bénéficie pas d'avantages fiscaux sur la masse salariale**

Les règles de l'emploi public, à l'épreuve des décisions des pouvoirs publics procèdent d'injonctions contradictoires, devant conjuguer la maîtrise des finances publiques, tout en mettant en œuvre les évolutions salariales des fonctionnaires de 2016 avec le dégel du point d'indice de la fonction publique.

Dans le même temps, le secteur public n'accède pas aux avantages fiscaux récemment mis en place : **Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), Crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) etc...** Par ailleurs, les évolutions récentes proposées par le PLFSS 2018 en son article 8 viendront encore alléger les charges des établissements privés sans pour autant bénéficier au secteur public.

Les règles de la comptabilité publique et des marchés publics complexifient la mise en place de stratégie de groupes pour les établissements. Résultant d'un décret d'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, les établissements publics d'un même groupement hospitalier ne peuvent mettre en commun la libre affectation des résultats sur la section soins et dépendance tandis que le secteur privé le peut.

Le secteur public ne fait ni discrimination financière, ni territoriale ou de profil de soins. Il s'engage au contraire à accueillir tous les profils même sans gage de valorisation financière particulière. **Tout comme les hôpitaux, les maisons de retraite publiques s'inscrivent dans l'histoire de la solidarité française et ont vocation à accueillir toute personne nécessitant des soins et un accompagnement, ce quels que soient son origine ou ses revenus.**

Les maisons de retraite publiques ne réalisent pas de gains financiers, les marges parfois dégagées sont réinvesties dans l'établissement afin de garantir son adaptation et ses missions : reconstruction, rénovation, acquisition et renouvellement des équipements.

Pourtant les contraintes réglementaires et financières propres au secteur public brouillent les performances réelles du secteur.

### III. MECANIQUE ET CONSEQUENCES DE LA REFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD

L'article 58 de la loi d'Adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 prévoyait une réforme de la tarification des EHPAD. Le législateur renvoyait les modalités particulières d'application à un décret publié le 21 décembre 2016 pour fixation du point Gir départemental au 1er janvier 2017.

Les ressources des EHPAD sont en effet réparties en trois budgets distincts : hébergement, soins et dépendance. La section « dépendance » des EHPAD était auparavant négocié avec le conseil départemental, par établissement, en intégrant plusieurs critères, la dépendance des résidents mais également les sujétions particulières : la localisation, la taille, l'architecture, les règles applicables en matière de statuts et de norme. Avec cette réforme, le budget « dépendance » est calculé automatiquement à partir d'une formule qui exclut totalement les critères antérieurement pris en compte. Ce nouveau mode de calcul est faussement « objectif ». Les conseils départementaux sont ainsi obligés de ventiler cette enveloppe en fonction d'un **point départemental unique pour tous les établissements de leur territoire tous statuts confondus**.

**La réforme prend en compte le niveau de charges des départements afin de ne pas entacher leurs budgets, déjà sous tension. Ce sont ainsi les montants historiques de dépenses du département qui servent de base au calcul de redéploiement des ressources.**

#### CONSEQUENCES POUR LE SERVICE PUBLIC DU GRAND AGE

La FHF estime ainsi à près de 200 millions d'euros de perte de recettes pour les EHPAD publics. Pour les 300 000 personnes âgées vivant en maison de retraite publique et les professionnels qui les accompagnent, c'est un cataclysme ; ce sont eux qui sont pénalisés dans la réforme. Les conséquences sont les suivantes :

- **Une uniformisation niant les différences objectives**

Dans le public, l'habilitation à l'aide sociale atteint historiquement le taux de 100% dans tous les établissements. De sorte, que les EHPAD publics sont à même d'accueillir des personnes aux revenus modestes, sans limite ni quota. Cette particularité a un impact financier décisif : le conseil départemental fixe le montant du prix de l'hébergement, car c'est lui qui distribue l'aide sociale. Dans les établissements privés, le tarif hébergement est fixé librement par l'entreprise gestionnaire selon un système libéral, excepté pour les places minoritaires habilitées à l'aide sociale.

De plus, les établissements publics font face à des charges spécifiques. Accueillant un public plus modeste que les privés non lucratifs et commerciaux, l'accompagnement entraîne un surcoût évident en personnel médical, administratif et soignant.

- **Une tension sur les effectifs de personnel soignant**

Faire aussi bien avec moins semble être une équation difficile à résoudre, d'autant plus si l'on sait que le taux d'encadrement actuel est 50% inférieur aux préconisations de l'Etat.

- **Une qualité de la prise en charge mise en péril**

Pour les personnes âgées, c'est 30 minutes d'accompagnement, d'échange, de toilette et d'aide pour le repas en moins. La qualité de la prise en charge est naturellement mise en péril pour les 300 000 personnes âgées accueillies en EHPAD publics.

Exemple de l'EHPAD Saint-Jacques à Grenade (Midi-Pyrénées) qui accueille 225 personnes âgées dépendantes. Les conditions de travail sont de plus en plus difficiles pour le personnel soignant, et si le décret est appliqué, **l'EHPAD Saint-Jacques pourrait perdre plus de 260 000 euros chaque année, cela correspond à 8 postes en moins sur les effectifs.**

**Pour la maison de retraite du centre hospitalier de Bourges (Cher) qui accueille 129 personnes âgées dépendantes, la réforme de la tarification entraîne une perte de 8 emplois à temps complet sur les 14 emplois aides-soignants budgétés sur la section dépendance de l'établissement, soit plus de la moitié des effectifs. Le conseil de vie sociale de l'établissement, une instance élue et composée par les résidents et les familles, a même rédigé une motion pour alerter les pouvoirs publics locaux et nationaux.**

**Dans la maison de retraite d'Ancy-le-Franc dans l'Yonne, les 100 personnes accueillies perdront à terme l'équivalent de 5 aides-soignants à leur chevet.**

Exemple de la région Nouvelle-Aquitaine : d'après une enquête menée auprès de 116 EHPAD de la région, plus de **70% des établissements publics sont en convergence négative.**

- Pour les 116 EHPAD recensés, le montant total s'élève à 9 147 265 euros. La moyenne est de 78 182 euros (Min =405€ et max=458 000€).
- Une perte d'au moins 244 ETP pour la région Nouvelle-Aquitaine. La moyenne est de 2 ETP (Min =0,05 ETP et max=12 ETP).

## **UNE TENSION ACCENTUEE PAR LES EVOLUTIONS DES SECTIONS SOINS ET HEBERGEMENT EN EHPAD**

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que les deux autres sections tarifaires des EHPAD, soins et hébergement, sont sujets à des réformes, ne permettant pas de contrer les effets négatifs de la réforme de la tarification.

- **Sur la présentation récente de chiffres du soin par la DGCS :**

Le comité de suivi tenu le 25 septembre dernier a été l'occasion pour la DGCS de dérouler un nouvel argumentaire et de présenter leurs chiffres de l'impact de la réforme :

L'échantillon dont sont tirés leurs résultats aurait été établi sur la base de 1 799 (sur 2 944) établissements publics (base FINESS juridique) sans que nous ayons d'indication sur la répartition autonomes/rattachés, grandes/petites structures ni le nombres de places de cet échantillon.

		Convergence à la baisse (en M€)	Convergence à la hausse (en M€)	Solde (en M€)
Privé commercial	Soins	-3,4	92,1	88,7
	Dépendance	-6,2	111,1	104,9
	Solde	-9,6	203,2	193,6
Privé non lucratif	Soins	-7,8	110,8	103,0
	Dépendance	-48,2	49,3	1,1
	Solde	-56,0	160,1	104,1
Public	Soins	-19,3	185,1	165,8
	Dépendance	-125,3	59,7	-65,6
	Solde	-144,6	244,8	100,2
Ensemble des EHPAD	Soins	-30,5	388,0	357,5
	Dépendance	-179,7	220,1	40,4
	Solde	-210,2	608,1	397,9

Sur l'échantillon donné, **une convergence à la baisse est bien établie pour 179,7 M€ dont 125,3 M€ concernent le public.**

Dans ce tableau extrait de la présentation de la DGCS, il apparaît clairement que **la moitié des gains en global est capté uniquement par le privé commercial qui ne représente pourtant que 19% des places sur le territoire national.**

**Une convergence à la hausse pour le public de 59,7 M€ permet à la DGCS d'avancer le chiffre de 65,6M€ de perte pour le public en compensant artificiellement gain et perte.** Ce chiffre macroéconomique n'a bien entendu pas de sens puisque les pertes d'un établissement donné ne peuvent en aucun cas être compensées par les gains d'un autre établissement.

**Enfin, on peut légitimement s'interroger dans un processus de convergence, comment les chiffrages négatif et positif de la dépendance peuvent diverger. La perte de ressources pour les uns devrait être automatiquement répercutée dans le gain des autres et vice-versa, or sur ce tableau apparaît une perte de 65,6 M€ millions et un gain de respectivement 104,9 M€ pour le privé lucratif et de 1,1 M€ pour le privé non lucratif. On peine à comprendre d'où peut provenir le delta de 40,4 M€ sauf à admettre que l'échantillonnage choisi ne traduit pas la réalité des pertes. Si l'on ajoute *a minima* ces 40,4 M€ aux 125,3 M€ de pertes pour le public admis par le document l'on arrive bien à une perte pour le public de 165, M€. Chiffre qui se rapproche sensiblement des remontées du terrain et projections produites par la FHF.**

Un document de la DGCS avance par ailleurs que 76,5% des établissements publics seraient impactés à la hausse par la convergence sur le soin.

Cet argumentaire appelle quelques éclairages et commentaires :

Il faut tout d'abord rappeler que cette hypothèse est issue d'une **projection de retour à l'équilibre sur 7 ans sur la section soins uniquement.**

Ce « gain » n'est d'ailleurs pas acquis car dépendant d'un point arrêté nationalement, subordonné lui-même au niveau d'ONDAM fixé chaque année. Au regard de la trajectoire financière de l'ONDAM

et des comptes de la CNSA, il n'est pas exclu qu'une baisse du point national soit envisagée dès l'année prochaine, ce qui reverrait drastiquement à la baisse les projections de « gain » de 165,8 millions d'euros.

Le taux même de 76,5% est discutable car établi en fonction du nombre de structures et non en fonction du nombre de places. Or, comme vu précédemment, les structures publiques sont surreprésentées dans les EHPAD de grande taille. Le chiffre avancé par le document de 2 974 établissements publics indique bien une mesure faite sur la base tronquée du Finess juridique et non géographique, or de nombreux établissements sont rattachés au même hôpital.

Par ailleurs, le ministère lui-même admet sémantiquement qu'il ne s'agit pas d'un « gain » sur le soin mais de la résultante d'une insuffisance de financement existant depuis plusieurs années.

**On ne peut donc pas compenser une perte sèche de 200 millions d'euros par le rattrapage d'une insuffisance de financement chronique de 165,8 millions d'euros.**

Il ne s'agit pas alors d'une convergence à la hausse, mais d'un rattrapage partiel de l'insuffisance de financement des dernières années sur la section soins.

Par ailleurs, mécaniquement les 200 millions d'euros constatés de convergence de la dépendance ne sont pas compensés par les 165,8 millions d'euros annoncés pour le soin. Le delta restant correspond toujours à des centaines de postes au chevet des résidents menacés. Certains établissements étant nettement plus impactés que d'autres.

- **Sur le budget « hébergement » :**

Alors que comme vu en supra, les tarifs hébergement des EHPAD publics sont le gage d'une transparence et d'une lisibilité, le tarif hébergement inclut toutes les prestations proposées par l'établissement. La loi d'adaptation de la société au vieillissement est venue remettre en cause cet équilibre.

Le décret de décembre 2016 est venu instaurer un « socle de prestations » minimales relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD. Plusieurs lectures du décret ont donné lieu à des interprétations différentes : le Conseil départemental du Lot a estimé en mars 2017 que toutes prestations non citées devraient être facturées en plus, et a demandé à ce que les établissements fassent apparaître sur les factures établies, à compter du 1er septembre, la distinction entre le tarif hébergement et la prestation blanchisserie.

Les établissements s'inquiètent des conséquences de ce décret. Si dans l'esprit, il dresse une liste de prestations minimales qui ne doit en aucun cas être interprétée comme une liste maximale, certains conseils départementaux en ont une autre lecture. Cela qui impliquerait que toute prestation non citée devrait être automatiquement facturée en plus, avec un tarif spécifique, voire sortie du « panier » des prestations incluses dans le tarif des résidents à l'aide sociale. Un tel fonctionnement ne garantit pas l'égalité de traitement et la qualité de la prise en charge des résidents à faibles revenus et ce d'autant plus que la prestation linge est déjà intégrée dans le tarif hébergement des établissements publics.

## UNE REFORME A L'APPLICATION INEGALE SELON LES DEPARTEMENTS

Réforme qui se voulait « égalitaire », la mise en place d'un point GIR unique a permis de cristalliser au contraire les différences de financement d'un département à l'autre.

- D'un département à l'autre, la dépendance n'a pas la même valeur

L'équité souhaitée par la réforme n'est pas assurée, d'un département à l'autre la dépendance d'une personne âgée est plus ou moins bien financièrement reconnue, avec des écarts de plusieurs centaines d'euros pour une même situation.

La réforme prend en compte le niveau de charges des départements afin de ne pas entacher leurs budgets, déjà sous tension. Ce sont ainsi les montants historiques de dépenses du département qui servent de base au calcul de redéploiement des ressources.

C'est pourquoi, les 200 millions retirés aux maisons de retraites publiques seront redistribués aux autres établissements, sans exigence particulière de redéploiement des ressources. Si la FHF n'est pas opposée à une augmentation de moyens alloués dans des établissements pour personnes âgées dépendantes, il n'est pas acceptable que cela soit au détriment d'autres personnes âgées, et sans aucune garantie que cela procédera d'une amélioration pour les établissements « bénéficiaires » de cette réforme.

De manière concrète, la dépendance dans les Alpes Maritimes est cotée à « 5,68 » points tandis que dans le département limitrophe des Hautes Alpes la dépendance est cotée à « 7,2 » points.

Cela veut dire que Mme S., très dépendante si elle choisit d'aller en maison de retraite dans les Alpes maritimes bénéficiera d'une reconnaissance financière de sa dépendance de 20% inférieure à celle reconnue dans les Hautes Alpes.

- D'un département à l'autre, la réforme n'a pas été appliquée

De nombreux départements (environ un tiers) ont fait une application partielle de la réforme cette année, selon des modalités variées, refus pur et simple de son application, moratoire, convergence à la hausse appliquée mais non convergence à la baisse. Toute la mesure et l'impact de la réforme ne sont donc pas encore connus car de nombreux établissements ont été « épargnés » cette année. L'impact financier prendra donc toute sa mesure l'an prochain.

Ainsi, dans la Gironde, le Nord, la Savoie et le Finistère, seule la convergence positive sera appliquée pour 2017. D'autres, comme la Loire et l'Ain ont fait le choix de reporter la réforme à 2018. Le département de la Loire explique bien ce choix en raison du calcul d'un point Gir uniforme pour les établissements, qu'ils soient publics ou privés. La collectivité aurait ainsi dû verser 900 000 € de moins au secteur public pour reverser 1,2 M€ au privé alors que ces derniers peuvent fixer librement leur tarif journalier. La politique du département a en effet toujours visé une maîtrise du prix de journée. Face à ce surcoût, l'enjeu est crucial car le prix de journée moyen sur la Loire est de 55 euros et il risque d'être difficile de le maintenir en l'état, avec en filigrane l'ombre de déshabilitation à l'aide sociale contrainte.



## IV. ATTENTES ET PROPOSITIONS DE LA FHF

### A COURT TERME

Lors de sa dernière séance, le Conseil d'administration de la FHF a unanimement demandé un retrait de cette réforme<sup>9</sup> : « *A travers les établissements publics, ce sont in fine les personnes âgées dépendantes les plus modestes qui sont touchées par cette réforme inique. Aussi, FHF réitère-t-elle sa demande de moratoire immédiat de la réforme de la tarification* » a déclaré Frédéric Valletoux, président de la FHF.

**La FHF demande donc le retrait des dispositions litigieuses de la réforme de la tarification, soit l'abrogation de l'article R. 314-175 du Code de l'action sociale et des familles mettant en place le point GIR départemental unique.**

**Il est par ailleurs urgent d'obtenir une reconduction des contrats aidés déjà en cours dans le secteur médico-social.** Une application hétérogène des modalités de reconduction des contrats aidés a été remontée par les établissements. Une plus grande lisibilité est nécessaire pour les structures ne soient pas désorganisées et n'impactent pas, *in fine*, les personnes accompagnées.

### A MOYEN TERME

**La mise en œuvre d'une convergence intra sectorielle nationale ou départementale pourrait permettre de mettre en place le forfait dépendance souhaité par la loi d'adaptation de la société au vieillissement sans mettre en péril le secteur public.**

Les missions de service public spécifiques au secteur devraient être valorisées financièrement par la mise en place de MIG médico-sociales. L'accroissement des personnels au chevet devient une nécessité absolue au regard de l'aggravation de la dépendance.

La reconnaissance et la meilleure valorisation financière de l'accompagnement des profils de patients géronto-psychiatriques, handicapés vieillissants et des moins de 60 ans.

### A LONG TERME

**Conformément à sa plateforme politique, la FHF appelle à une réflexion plus globale sur les modalités de financement et d'accompagnement de la perte d'autonomie.**

La Fédération fait également le vœu de dépasser la frontière sanitaire et médico-sociale dans une logique de parcours des personnes et de responsabilité populationnelle des établissements.

**La réponse aux besoins de la démographie française ne sera pas univoque.** Elle ne sera ni tout établissement, ni tout domicile. Il nous faut nous garder de toute simplification ou tentation de « méthode miracle ». Le domicile ne répondra pas à tous les besoins et à tous les profils de vieillissement. Au risque, dans le cas contraire, de dégrader la qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de faire peser une charge inconsidérée sur les aidants familiaux, alors qu'ils sont déjà plus de 8,3 millions.

<sup>9</sup> [cf. communiqué de presse du 14 juin 2017](#)