

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

22 octobre 2010

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 - (n° 2854)

Commission	
Gouvernement	

**AMENDEMENT**

N° 661

présenté par  
M. Boënnec-----  
**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 43, insérer l'article suivant :**

I. – Après le mot : « régions », la fin du dernier alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est supprimée.

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale est supprimé.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L'alinéa II de l'article L. 314 du code de l'action sociale et des familles dispose que « le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds ».

Par ailleurs, l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale dispose que « les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés ci-dessus ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds ».

Ces deux articles organisent le dispositif de convergence tarifaire dans les établissements médico-sociaux, notamment dans les Ehpad, ainsi que dans les unités de soins de longue durée (USLD).

Lorsque les dotations soins des établissements dépassent un plafond, ces dotations sont diminuées. Ce mécanisme pourrait laisser penser que la dotation soins de certains Ehpad serait trop

élevée. Ce qui ne correspond pas à la réalité. En effet, les taux d'encadrement en personnel soignant restent insuffisants pour répondre aux besoins de soins requis par les personnes âgées hébergées en Ehpad. Ils ne sont que de 0,5 personnel pour 1 résident, alors que le plan solidarité grand âge préconise qu'ils augmentent à 1 personnel pour 1 résident. Ainsi, 35,5 % des Ehpad publics en situation de convergence ont un taux d'encadrement inférieur à 0,3 soignant pour un résident ; 58,8 % Ehpad en situation de convergence ont un taux d'encadrement en personnel soignant compris entre 0,3 et 0,6 soignant pour un résident. Seuls, 3,9 % des Ehpad en situation de convergence ont un taux d'encadrement en personnel soignant supérieur à 0,6 soignant pour un résident. La convergence tarifaire n'est pas donc pas justifiée dans le secteur des Ehpad et son application conduira à supprimer des postes de soignants en Ehpad, alors qu'ils sont déjà insuffisamment nombreux.

Voici un exemple d'un Ehpad de 81 résidents

Aujourd'hui le ratio d'encadrement soignant (IDE et AS/AMP) est de 0,41, ce qui signifie concrètement qu'il y a une aide-soignante le matin pour réaliser 11 toilettes sachant que 90 % des résidents nécessitent une aide majeure ou totale pour ce soin et que cet Ehpad comprend une unité d'hébergement renforcé pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Au terme de l'application de la convergence tarifaire qui correspond à 13 % en moins du montant total du forfait soins, l'établissement aura dû licencier 8 aides-soignantes ; son ratio d'encadrement soignant ne sera plus que de 0,32 agent soignant par résident, ce qui signifie concrètement qu'il y aura une aide-soignante le matin pour réaliser 14 toilettes. Le même mécanisme, organisé pour les USLD, ne se justifie pas non plus. En effet, depuis le 1er janvier 2010, les lits « USLD redéfinis » existants ont été confirmés dans leur vocation sanitaire, suite à l'opération de partition qui s'est étalée sur 3 exercices (2007, 2008 et 2009).

La confirmation de cette orientation sanitaire s'est traduite par une allocation budgétaire plus favorable à celle retenue pour les lits « transformés » en lits Ehpad au cours de cette opération, allocation justifiée par l'accueil de personnes âgées très malades dans les lits d'USLD. Or, la mise en oeuvre du dispositif de convergence de manière strictement identique au dispositif applicable aux Ehpad soulève une incompréhension importante sur l'intérêt même du processus de partition. La convergence ne se justifie pas dans la mesure où les personnes âgées hospitalisées en USLD sont des personnes malades ne pouvant pas être hébergées en Ehpad.

Réduire les moyens des USLD conduira, d'une part, à licencier des personnels soignants et d'autre part, compromettra les possibilités d'hospitalisation des patients dans les territoires. C'est alors toute la filière gériatrique qui se trouvera mise en cause.

Le développement des maladies chroniques, l'allongement de la durée de la vie nécessitent des réponses coordonnées et diversifiées. Les unités de soins de longue durée redéfinies, à condition d'être soutenues dans leur fonctionnement, constituent une part de la réponse aux besoins de soins les plus complexes au long cours.

Voici un exemple d'une USLD sanitaire de 40 résidents

Aujourd'hui le ratio d'encadrement soignant (IDE et AS/AMP) est de 0,72, ce qui signifie concrètement qu'il y a une aide-soignante le matin pour réaliser 8 toilettes sachant que 100 % des résidents nécessitent une aide majeure ou totale pour ce soin. Au terme de l'application de la convergence tarifaire qui correspond à 39 % en moins du montant total du forfait soins,

---

l'établissement aura dû licencier 3 infirmières et 7 aides-soignantes ; son ratio d'encadrement soignant ne sera plus que de 0,43 agent soignant par résident, ce qui signifie concrètement qu'il y aura une aide-soignante le matin pour réaliser 12 à 13 toilettes.

Il est donc proposé de supprimer la convergence pour les Ehpad et les USLD.