

ASSEMBLÉE NATIONALE

11 septembre 2015

ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT - (N° 2988)

Commission	
Gouvernement	

Adopté

AMENDEMENT

N ° 273 (3ème Rect)

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE 40 BIS

Rédiger ainsi cet article :

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :

a) Au dernier alinéa du *a*, les mots : « la convention prévue au I » sont remplacés par les mots : « le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV *ter* » ;

b) À la première phrase du premier alinéa du *b*, les mots : « la convention prévue au I » sont remplacés par les mots : « le contrat prévu au IV *ter* » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa du II de l'article L. 232-8, les références : « aux articles L. 314-2 et L. 314-9 » sont remplacées par la référence : « au 2° du I de l'article L. 314-2 » ;

3° À l'article L. 232-9, après la référence : « 3° », est insérée la référence : « du I » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 232-10, après la référence : « 3° », est insérée la référence : « du I » ;

5° À la deuxième phrase de l'article L. 311-8, les mots : « conventions pluriannuelles visées » sont remplacés par les mots : « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés » ;

6° Après le mot : « décret », la fin du premier alinéa de l'article L. 313-6 est supprimée ;

7° Après le IV de l'article L. 313-12, sont insérés un IV *bis* et un IV *ter* ainsi rédigés :

« IV *bis*. – Les établissements de santé autorisés en vertu de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique à délivrer des soins de longue durée concluent une convention pluriannuelle avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé.

« La tarification de ces établissements est arrêtée :

« 1° Pour les prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par le directeur général de l'agence régionale de santé en application des dispositions de l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Pour les prestations relatives à la dépendance acquittées par l'usager ou, si celui-ci remplit les conditions mentionnées à l'article L. 232-2, prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie, par le président du conseil départemental ;

« 3° Pour les prestations relatives à l'hébergement, dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, par le président du conseil départemental.

« Les tarifs correspondant à des prestations complémentaires et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1° à 3° du présent IV *bis*, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil départemental et du public, dans des conditions fixées par décret.

« Dans les établissements de santé mentionnés au premier alinéa du présent IV *bis* et remplissant les conditions mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 342-1, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues aux articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code.

« Pour les résidents non admis à l'aide sociale, dans les établissements de santé mentionnés au premier alinéa du présent IV *bis* et remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 342-1, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues aux articles L. 342-2 à L. 342-6. » ;

« IV *ter*. – 1° La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés.

« Lorsqu'un organisme gère plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui en est gestionnaire, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils

départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région.

« Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant pour leur tarification du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces derniers sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial.

« Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 est minoré à hauteur d'un montant maximal de 15 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

« 2° Le contrat est conclu pour une durée de cinq ans.

« Le contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge et d'accompagnement, y compris en matière de soins palliatifs. Le cas échéant, il précise la nature et le montant des financements complémentaires mentionnés au I de l'article L. 314-2.

« Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce contrat vaut convention d'aide sociale au sens de l'article L. 313-8-1 et de l'article L. 342-3-1.

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens respecte le cahier des charges comprenant notamment un modèle de contrat établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale.

« Par dérogation au II et III de l'article L. 314-7, ce contrat fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services. Il fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs.

« 3° La personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 pour les établissements et les services relevant du contrat, dans les conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;

8° Au V du même article, après chacune des occurrences de la référence : « I », sont insérés les mots : « et au IV bis » ;

9° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, les mots : « à l'article L. 313-11 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 313-11 et L. 313-12 » ;

10° Après l'article L. 313-14-1, il est inséré un article L. 313-14-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-14-2.* – Pour les établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'autorité compétente en matière de tarification peut demander le reversement de certains montants dès lors qu'elle constate :

« - des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements ou des services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;

« - des recettes non comptabilisées. » ;

11° L'article L. 313-23 est supprimé.

12° L'article L. 314-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « I », sont insérés les mots : « et au II » ;

b) Le 1° est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« 1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents mentionnés à l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Le cas échéant, ce forfait global inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières, définies dans le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12. Ce forfait global peut tenir compte de l'activité réalisée. Les modalités de détermination du forfait global sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

c) Au 2°, après le mot : « résidents », sont insérés les mots : « dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État » ;

d) À la première phrase du 3°, la première occurrence du mot : « aux » est remplacée par les mots : « à un ensemble de » ;

e) Après le premier alinéa du 3°, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe la liste des prestations minimales relatives à l'hébergement qui est dit « socle de prestations » ;

f) À la première phrase du troisième alinéa du 3°, les mots : « à des prestations complémentaires » sont remplacés par les mots : « aux autres prestations d'hébergement » ;

g) Au dernier alinéa du 3°, les mots : « et dans les établissements de santé dispensant des soins de longue durée » sont supprimés ;

h) Il est complété par un II ainsi rédigé :

« II. – Pour les établissements nouvellement créés, dans l’attente d’une validation de l’évaluation de la perte d’autonomie ainsi que des besoins en soins requis des résidents mentionnés au premier et deuxième alinéas de l’article L. 314-9, le forfait global relatif aux soins mentionné au 1° du I est fixé en prenant en compte, le niveau de dépendance moyen départemental des résidents fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental et la moyenne nationale des besoins en soins requis fixée annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie. Cette validation doit intervenir dans les deux années qui suivent l’ouverture de l’établissement. » ;

13° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l’article L. 314-6, les mots : « mentionné à l’article L. 313-11 ou une convention pluriannuelle mentionnée à l’article L. 313-12 » sont remplacés par les mots : « ou une convention pluriannuelle mentionnés aux articles L. 313-11 ou L. 313-12 » ;

14° L’article L. 314-8 est ainsi modifié :

a) Aux premières phrases des septième et huitième alinéas, après la référence : « 1° », sont insérés les mots : « du I » ;

b) À la dernière phrase du septième alinéa, les mots : « conventions mentionnées au I » sont remplacés par les mots : « contrats mentionnés au IV ter » ;

15° L’article L. 314-9 est ainsi modifié :

a) Les premier à troisième alinéas sont supprimés ;

b) Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La périodicité de révision du niveau de perte d’autonomie et de l’évaluation des besoins en soins requis des résidents est définie par décret. » ;

16° Au 1° de l’article L. 315-12, les mots : « à l’article L. 313-11 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 313-11 et L. 313-12 » ;

17° À la fin du premier alinéa de l’article L. 315-15, les mots : « à l’article L. 313-11 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 313-11 et L. 313-12 » ;

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l’article L. 1111-16, les mots : « des établissements mentionnés au I » sont remplacés par les mots : « mentionné au V » ;

2° Au 6° de l’article L. 5125-1-1 A, les mots : « la convention pluriannuelle visée au I » sont remplacés par les mots : « le contrat mentionné au IV ter ».

III. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « au I » sont remplacés par les mots : « aux I, II et IV *bis* ».

IV. – Le directeur général de l'agence régionale de santé et les présidents de conseil départemental programment sur cinq ans par arrêté conjoint la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Cet arrêté est publié au plus tard le 31 décembre 2016. Cette programmation peut être mise à jour tous les ans.

Ce contrat se substitue à compter du 1^{er} janvier 2017 aux conventions pluriannuelles échues selon le calendrier prévu par la programmation mentionnée à l'alinéa précédent.

V. – À compter du 1^{er} janvier 2017, dans l'attente de la signature du contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, le montant des financements complémentaires mentionnés au 1^o du I de l'article L. 314-2 du même code est maintenu à son niveau fixé au titre de l'exercice précédent et revalorisé chaque année par application d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale.

VI. – Pour les années 2017 à 2023 et par dérogation aux dispositions du 1^o du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 du même code sont financés, pour la part des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par la somme des montants suivants :

1^o Le montant des produits de la tarification reductibles afférents aux soins fixé l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale ;

2^o Une fraction de la différence entre le forfait global de soins, à l'exclusion des financements complémentaires, tels que mentionnés au 1^o du I de l'article L. 314-2 du même code, et le montant mentionné au 1^o.

La fraction mentionnée au 2^o est fixée à un septième en 2017, un sixième en 2018, un cinquième en 2019, un quart en 2020, un tiers en 2021, un demi en 2022 et un en 2023.

Le cas échéant, cette somme est minorée dans les conditions prévues au dernier alinéa du 1^o du IV ter de l'article L. 313-12 du même code.

VII. – Les financements prévus aux V et VI du présent article ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle mentionnée aux II et III de l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles.

VIII. – À compter du 1^{er} janvier 2017, les établissements mentionnés au I et II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles utilisent l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article L. 314-7-1 du même code.

IX. – Les autorités de tarification compétentes procèdent, chacune en ce qui la concerne, à la tarification des établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles qui n'ont pas conclu de convention tripartite pluriannuelle avant la promulgation de la loi n° du relative à l'adaptation de la société au vieillissement et leur fixent par voie d'arrêté les

objectifs à atteindre jusqu'à la date de prise d'effet du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au IV ter du même article, conformément à l'arrêté de programmation prévu au IV du présent article.

Ces établissements perçoivent, jusqu'à la date de prise d'effet du contrat pluriannuel mentionné à l'alinéa précédent :

1° Un forfait global de soins, correspondant au montant du forfait de soins attribué par l'autorité compétente de l'État au titre de l'exercice 2007 lorsqu'ils ont été autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux ;

2° Un forfait global de soins dont le montant maximum est déterminé sur la base du groupe iso-ressources moyen pondéré de l'établissement, de sa capacité et d'un tarif soins à la place fixé par arrêté ministériel lorsqu'ils ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux ;

3° Des tarifs journaliers afférents à la dépendance dont les montants sont fixés par le président du conseil général en application du 2° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles ;

4° Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement, fixés par le président du conseil départemental dans les établissements habilités à l'aide sociale, calculés en prenant en compte les produits mentionnés aux 1° et 2° du présent article.

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait global de soins mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles est minoré, à hauteur d'un montant maximal de 15 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin de tenir compte des conclusions du groupe de travail relatif aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui s'est réuni au premier semestre 2015, et des premières orientations présentées lors du comité de pilotage de clôture de ces travaux le 30 juin 2015, des ajustements au projet de loi sont nécessaires, en particulier à l'article 40 bis qui a été introduit en 1^{ère} lecture au Sénat.

Les modifications du code de l'action sociale et des familles proposées visent à donner un cadre juridique à la contractualisation rénovée et au modèle tarifaire associé. Elles permettent de lever les obstacles au déploiement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans les EHPAD, suivant en cela les recommandations de la Cour des comptes.

L'objectif recherché est de simplifier la démarche de contractualisation et l'allocation de ressources, ainsi que de responsabiliser les gestionnaires.

Conséquence de la substitution du CPOM à la convention pluriannuelle, l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) est modifié pour poser le principe d'un CPOM

obligatoire entre le gestionnaire d'EHPAD et les autorités de tarification, rappeler son contenu, sa durée et préciser les conséquences budgétaires de cette contractualisation.

Les établissements de soins de longue durée font l'objet de dispositions spécifiques visant à maintenir les modalités de contractualisation et d'allocation de ressources actuelles, dans l'attente d'une réforme à venir qui fera suite à une mission de l'Inspection générale des affaires sociales actuellement en cours.

Cet amendement modifie donc aussi l'article L. 314-2 qui est relatif aux modalités de tarification découlant de la mise en place de ces nouveaux CPOM. La définition du contenu des nouveaux contrats prévus par l'article 40bis conduit en effet à aborder la question des moyens prévus contractuellement en contrepartie des obligations. Ainsi, les financements complémentaires, lorsqu'ils sont envisagés, doivent être fixés contractuellement ; mentionnés à l'article L. 313-12 qui fixe le contenu minimum des CPOM, ils sont parallèlement précisés à l'article L. 314-2.

Des modifications de coordination doivent par ailleurs être apportées aux articles L. 14-10-9, L. 232-8, L. 232-9, L. 232-10, L. 311-8, L. 313-6, L. 313-14-1, L. 314-6, L. 314-8, L. 314-9, L. 314-23, L. 315-12, L. 315-15, et L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles, aux articles L. 1111-16, L. 5125-1-1-A et L. 5126-6-1 du code de la santé publique ainsi qu'à l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale.

Un nouvel article L. 313-14-2 doit enfin être créé pour préciser les conséquences en termes de contrôles budgétaires de la généralisation des CPOM.

Enfin, le présent amendement prévoit du II au VII les dispositions transitoires nécessaires à la montée en charge de ces nouvelles modalités de contractualisation y compris pour la quinzaine d'établissements qui bénéficient aujourd'hui d'un régime dérogatoire et précise le régime de tarification qui en découle.