



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

établissements d'accueil

Question écrite n° 116462

Texte de la question

M. Noël Mamère alerte Mme la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, sur la situation préoccupante dans laquelle se trouvent aujourd'hui les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics et associatifs habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. En effet, l'État poursuit la mise en oeuvre de la convergence tarifaire qui entraîne, pour les établissements qui dépassent les tarifs plafonds, la réduction de leur forfait soins. Les modalités de cette convergence tarifaire, instituées par l'arrêté ministériel du 26 février 2009 (pris en application de l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et de l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009), mettent bon nombre d'établissements en difficulté. Ceux-ci voient leurs moyens diminués alors que les charges de personnel représentent 75 à 80 % des budgets ce qui met nécessairement les établissements dans l'obligation de réduire leur personnel. A contrario les personnes accueillies au sein des structures arrivent de plus en plus âgées et donc de plus en plus dépendantes et poly-pathologiques. Elles nécessitent donc un accompagnement de plus en plus important ce qui est incompatible avec les réductions de moyens appliquées et des conditions de travail dégradées. De plus comment expliquer que des établissements se trouvent aujourd'hui en situation de convergence tarifaire alors que leurs ratios d'encadrement en termes de personnels soignants sont inférieurs aux préconisations du Plan solidarité grand âge ? Par ailleurs, s'agissant des établissements qui ne sont pas en convergence tarifaire, la circulaire budgétaire pour 2011 prévoit un taux de reconduction des moyens de 0,89 % ce qui ne permet pas de tenir compte de l'évolution des masses salariales qui augmentent mécaniquement de 2 à 3 % selon les secteurs (évolutions des salaires automatiques conformément aux conventions collectives ou aux règles statutaires de la fonction publique hospitalière, évolution des carrières, promotion de grade,...) ni des évolutions de tarifs appliquées par les fournisseurs de matériel de soins. Enfin, la circulaire budgétaire pour 2011 (circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011) annonce le gel des renouvellements de conventions tripartites faute de crédits de médicalisation, remettant gravement en cause le fonctionnement des EHPAD. Ainsi même les établissements non touchés par la convergence tarifaire ne peuvent bénéficier d'une augmentation de leurs moyens malgré les évaluations des besoins effectuées au sein de leur structure. Il s'agit purement et simplement d'une méconnaissance de la loi. En effet l'article L 314-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les établissements sont financés par un forfait global relatif aux soins prenant en compte le niveau de dépendance moyen (évaluation AGGIR) et les besoins en soins médico-techniques (évaluation PATHOS) des résidents. En conséquence ces décisions laissent les établissements les moins dotés avec des moyens humains les empêchant d'accompagner dignement leurs résidents. La situation n'est plus tenable et les principes du Plan Solidarité Grand âge sont bafoués. Ainsi, la politique mise en oeuvre aujourd'hui dans le secteur des personnes âgées amène à une certaine inquiétude quant à l'avenir des structures en place et plus largement sur le sort réservé à nos aînés. Il souhaite donc savoir quelles actions le Gouvernement compte mettre en oeuvre pour pallier les réductions de moyens désormais institutionnalisées, afin d'assurer au sein des EHPAD une organisation du personnel médical et soignant garantissant la qualité, la sécurité, et le bien-être de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Texte de la réponse

Le plan solidarité grand âge (PSGA) constitue une avancée majeure notamment en termes de prise en charge médicale des résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) puisqu'il a inauguré en 2007 une nouvelle étape de la tarification des soins dans ces établissements, basée à la fois sur le degré de dépendance des résidents (GIR moyen pondéré - GMP) et sur les besoins réels en soins médico-techniques (pathos moyen pondéré - PMP) : le GIR moyen pondéré soins (GMPS). Ces modalités ont été conçues en sorte de renforcer les moyens et, par voie de conséquence, les taux d'encadrement des établissements accueillant les personnes dont la dépendance et les soins requis sont les plus élevés. Dans le cas d'établissements accueillant des résidents présentant des pathologies lourdes, cet accroissement de crédits d'assurance maladie permet d'approcher le taux d'encadrement de 1 personnel ETP (tous types de personnels confondus) pour un résident. Ce nouveau mode de tarification a permis un net renforcement des moyens dévolus aux établissements, notamment en intégrant une hausse significative des moyens des structures en tarif global, de l'ordre de 4 000 euros par an par place et de 2 300 euros par an par place pour les EHPAD en tarif partiel. Le recours à ces modalités de tarification a été préconisé dès lors que les établissements renouvellent leur convention tripartite ou qu'ils atteignent le seuil de 800 points de GMP. Le processus de tarification au GMPS s'est amplifié en 2010. Le nombre de places ayant donné lieu à une convention de deuxième génération est ainsi plus élevé en 2010 qu'en 2009 (+17%). Cette accélération du processus de conventionnement n'a toutefois pas permis de résorber le solde des places à renouveler éligibles à ce nouveau mode tarifaire. A ce titre, alors que la fin du PSGA est proche, on constate à la fin 2010 que 207 899 places (soit 36 % de l'ensemble des places au plan national) sont encore financées selon l'ancien mode de tarification. C'est aux fins de permettre de progresser dans le renouvellement de l'intégralité des conventions de première génération que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 réserve ainsi 140 millions d'euros de crédits de paiement affectés à la médicalisation, ces crédits ayant été préalablement notifiés aux agences régionales de santé (ARS) sous forme d'autorisation d'engagement, dès 2011, afin de donner aux agences une meilleure visibilité leur permettant de prioriser, avec les opérateurs et les conseils généraux avec lesquels doivent être conclus les nouvelles conventions tripartites, ceux des établissements devant bénéficier de la poursuite de la médicalisation. Le conventionnement dit de deuxième génération des EHPAD devait mobiliser initialement (évaluation datant de l'année 2000) 915 millions d'euros de crédits nouveaux d'assurance maladie, un montant équivalent devant être apporté par transfert de l'enveloppe soins de ville. Fin 2012, 2 304 millions d'euros auront été mobilisés depuis le démarrage de la politique de conventionnement en 2000. La circulaire du 29 avril 2011 a eu pour objet de rappeler le cadre général du financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux financés par le budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'obligation de respecter l'objectif de dépense national réparti en dotations limitatives régionales utilisées par les ARS prévus à l'article L.314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) pour financer, d'une part, de manière récurrente, la dotation de soins des EHPAD comme, d'autre part, les mesures nouvelles résultant par exemple de leurs engagements antérieurs de financement de médicalisation de places existantes dans le respect de leur dotation régionale limitative de crédits. Elle a rappelé la possibilité pour les directeurs des ARS d'utiliser les crédits redevenus libres d'emploi, en l'absence ou en raison de l'annulation d'engagement, pour contribuer au complément de financement de conventions tripartites à renouveler. Enfin, l'article 68 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 a complété le I de l'article L.313-12 du CASF pour prévoir qu'en tout état de cause, si la convention pluriannuelle prévue à ce même article ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de renouvellement par le directeur de l'ARS ou le président du conseil général, elle est réputée prorogée pendant une durée maximale d'un an.

Données clés

Auteur : [M. Noël Mamère](#)

Circonscription : Gironde (3^e circonscription) - Gauche démocrate et républicaine

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 116462

Rubrique : Personnes âgées

Ministère interrogé : Santé

Ministère attributaire : Solidarités et cohésion sociale

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 9 août 2011, page 8487

Réponse publiée le : 3 avril 2012, page 2810