



## Synthèse des interventions

Le 10<sup>e</sup> colloque annuel de la FNADEPA (Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées) a réuni à Paris le 24 janvier 2018 plus de 250 professionnels pour dresser un tableau actuel et prospectif des politiques vieillesse. Au fil des interventions, les participants ont pu revenir sur la situation des établissements et services médico-sociaux, dans un contexte pour le moins tendu s'agissant notamment des conditions de travail des personnels. Face aux nombreuses contraintes de budget et de moyens sur les territoires, les solutions présentées ont fait l'objet de riches débats et réflexions. Dans un pays vieillissant, les attentes se portent tout particulièrement sur l'augmentation du nombre de personnels des établissements sociaux et médico-sociaux, l'amointrissement de la charge portée par les usagers et une réforme de l'aide sociale en profondeur.

### Ouverture

#### *Claudy JARRY, président de la FNADEPA*

Bienvenue à notre 10<sup>e</sup> colloque national sur les politiques vieillesse. Cette édition spéciale est la marque du dynamisme de la FNADEPA. Notre Fédération se développe encore et a tout récemment accueilli une nouvelle association départementale, la FNADEPA du Morbihan. L'année 2018 sera marquée par de multiples rendez-vous, à commencer par le Prix Millésim'ÂGE, ouvert à tous les établissements et services pour personnes âgées, qui saluera l'innovation en matière de qualité de vie au travail. La remise de prix sera organisée à Nantes les 4 et 5 juin 2018, dans le cadre du 33<sup>e</sup> Congrès de la Fédération, date à retenir dès à présent !

### Retour sur 10 ans de « politiques vieillesse »

#### *Claudy JARRY, président de la FNADEPA*

Malgré des générations de plans nationaux, le « tsunami » démographique actuel n'a jamais été véritablement anticipé. En une soixantaine d'années, l'évolution de l'espérance de vie à la naissance est sidérante, et les défis sont encore à venir en matière de financement de la retraite et de la protection sociale.

Entre 2010 et 2016, la perte d'autonomie et le besoin en soins ont respectivement augmenté de 17 % et 6 %. Ces chiffres sont notamment le fruit du succès de la politique de soutien à domicile et des financements par l'APA. Pour autant, l'État contribue de moins en moins à la couverture de l'APA depuis une dizaine d'années, au détriment des départements, sur lesquels la charge se reporte.

L'offre a elle aussi évolué, à travers la transformation des logements-foyers en Ehpad, la disparition des sections de cure médicale, la réduction des lits d'USLD, le regroupement des structures, le développement des prestations des services à domicile, la création de places d'Ehpad supplémentaires, et la transformation plus récente des logements foyers en résidences autonomie. En 9 ans, le secteur public aura perdu 6 % de son activité, au bénéfice du secteur privé commercial et associatif.

De nombreuses promesses ont été engagées par les différents gouvernements, mais ont rarement été suivies des faits. Si la focale s'est progressivement portée sur la situation des personnes âgées depuis la canicule la loi ASV n'a été que partiellement financée. Plusieurs mesures ont néanmoins été prises en 2009 avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST),



à l'image de la création des ARS, ou du découplage sanitaire médico-social.

Faute de moyens, de nombreux rapports ont été rédigés, dont l'un a toutefois donné naissance à un plan Alzheimer opérationnel. Quelques plans structurants ont ensuite pu être menés, dont le plus abouti fut sans doute le Plan solidarité grand âge. Les plans d'aide à l'investissement ont aussi réussi à se maintenir d'année en année.

Malgré le faible intérêt affiché du gouvernement Macron pour le secteur du grand âge, les parlementaires ont rapidement été forcés de se saisir du sujet, et un premier PLFSS a déjà été lancé. La CNSA réfléchit actuellement à des financements pluriannuels dans une approche plus inclusive, devant s'ajouter à l'ambition digitale du gouvernement. En outre, la ministre de la Santé a récemment annoncé un plan d'action dans ce secteur, et il est à espérer que ce dernier portera de réelles améliorations, au-delà des annonces.

La loi ASV a certes entraîné une réforme de la tarification dans les Ehpad, avec les CPOM et l'EPRD, la mise en place de prestations socles, la minoration des forfaits soins et dépendance liée au taux d'occupation, un nouveau régime juridique pour les Saad, une revalorisation de l'APA domicile, et la mise en place de la conférence des financeurs.

Pour autant, les convergences tarifaires sur le soin et la dépendance bénéficient à ce jour majoritairement au secteur commercial, au détriment du secteur public. La disparité entre les établissements crée une grande différence de traitement des personnes âgées, et met les personnels en difficulté. Il existe aujourd'hui un glissement de tâches de l'hôtelier vers l'accompagnement. Les usagers financent à hauteur de 55 à 60 % les prestations, et se substituent progressivement au rôle de l'État et des départements.

Tous ces éléments ont pour conséquence une insatisfaction des professionnels, et un absentéisme conséquent au sein du secteur. La FNADEPA milite donc pour que de nouveaux moyens soient apportés, et appelle de ses vœux les représentants des familles à se manifester de concert avec les professionnels du secteur. Elle attend des ONDAM permettant la mise à disposition de ressources satisfaisantes, un soutien à l'investissement, des efforts en direction de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, la mise en œuvre du second volet de la loi ASV et un système national de convergence de la dépendance en réelle péréquation. Ces messages seront relayés à la ministre.

### Comment bien se préparer à l'ERRD ?

**Mohammed EL YAMANI, consultant senior, KPMG secteur public, Économie sociale et solidaire, santé, médico-social**

Cette nouvelle procédure de l'ERRD – État Réalisé des Recettes et des Dépenses – a été initiée par la loi ASV, et est une obligation réglementaire. Le premier ERRD devra être rempli pour le 30 avril 2018, et concernera l'exercice 2017.

Il devra reprendre les réalisations de l'établissement en regard des prévisions, et présenter le compte de résultat, la capacité d'autofinancement, « la table de financement » et l'impact sur les équilibres financiers de l'établissement. Les indicateurs de gestion devront également être précisés, et les éventuels écarts justifiés. L'ERRD se veut plus financier que l'EPRD.

Afin d'être utile aux gestionnaires, l'ERRD devra être régulièrement alimenté au cours de l'année, grâce à la mise en place de tableaux de bord, permettant, si nécessaire, de rectifier la trajectoire de gestion. Il est dès lors important de mettre en place un contrôle interne des processus, afin de sécuriser au mieux l'information financière et d'assurer des dépenses pertinentes et adaptées.



L'ERRD a donc pour objectif d'améliorer la connaissance de l'établissement par le directeur, et de fiabiliser les comptes. Le gestionnaire se doit en effet d'avoir une vision claire de la situation de son établissement, et les autorités de tarification s'appuieront sur cette situation financière. L'ERRD est également l'occasion d'anticiper le renseignement de certains indicateurs financiers, ainsi que le diagnostic partagé du CPOM. Il permet aussi de favoriser l'évolution de l'établissement et de préparer l'EPRD 2018.

### Conférences des financeurs : une bouffée d'air pour les Saad et résidences autonomie ?

**Stéphane CORBIN, directeur de la compensation, CNSA**

Les conférences des financeurs constituent une des mesures phares de la loi ASV, et sont une responsabilité nouvelle pour la CNSA. La loi souhaite traiter la question du risque de la perte d'autonomie dans son ensemble, en assurant des soutiens financiers sur le volet de la prévention. Jusqu'ici, les conférences sont une réelle réussite, et l'ensemble du territoire métropolitain a mis en place sa conférence de financeurs.

Ce mode de gouvernance très particulier, visant à réunir l'ensemble des acteurs institutionnels concourant au financement de la prévention, fait consensus. Pendant longtemps, la prévention et la prise en charge ont été séparées, et le rôle joué par les acteurs des établissements et des services sur la prévention a été mis de côté. Or, ce dialogue entre tous les acteurs permet une vision plus partagée de l'analyse des besoins, et des zones non couvertes. L'association des résidences autonomie, des services d'aide à domicile et des Spasad doit permettre de toucher l'ensemble des personnes, et de mixer les publics. À ce titre, la CNSA s'interroge sur un éventuel élargissement du périmètre d'action de ces conférences, en retenant la même méthode.

Le niveau de dépense est quant à lui satisfaisant, malgré les disparités territoriales. En 2017, 180 millions d'euros ont ainsi été alloués, dont 140 millions d'euros pour les actions de prévention et 40 millions d'euros pour le forfait autonomie à destination des résidences autonomie. Le même volume financier est attendu pour 2018.

D'autre part, ces conférences ont un véritable effet levier sur les actions des territoires. L'absence de visibilité des financements dans le secteur médico-social est souvent facteur de frein à l'action. Il s'agit toutefois de travailler à la qualité de ces actions, en s'appuyant davantage sur l'expertise d'usage et les bonnes pratiques de terrain.

De même, il conviendra de construire une nouvelle représentation des métiers, afin de concourir véritablement à la prévention de la perte d'autonomie. Les difficultés rencontrées par le secteur, liées à la fidélisation du personnel et aux risques d'inaptitude et de formation, sont souvent dues à l'absence de diversité des tâches et à la multiplication des interventions.

Pour autant, la loi ASV prévoyait que les conférences de financeurs coordonnent l'ensemble des actions de prévention, tout en s'appuyant sur l'ensemble des financements existants. Or, l'articulation entre les deux crée parfois une forme de rigidité. De même, la compréhension des textes peut manquer de flexibilité. Les crédits étant annuels, d'aucuns se sont inquiétés de leur renouvellement. Dès lors, force est de constater que les départements ont été frileux dans l'attribution de ces crédits.

La CNSA travaille donc actuellement avec les départements, afin d'adopter une logique pluriannuelle, et de pérenniser les actions menées. Le modèle de soutien au financement devra également se construire dans la durée. De nouvelles priorités portent enfin sur le champ de la formation.



**À l'heure des contraintes, la déshabilitation à l'aide sociale est-elle une solution ? Y en a-t-il d'autres ?**

*Cyril CARBONNEL, directeur adjoint de l'autonomie, conseil départemental du Nord, Agathe FAURE, adjointe de direction du secteur social et médico-social, Fehap, et Marc CLOUVEL, expert-comptable et commissaire aux comptes, AXIOME D.I.S*

De nombreux établissements publics et associatifs disposent d'une habilitation d'aide sociale qui peut s'avérer contraignante. Certaines habilitations sont exclusivement tournées vers l'aide sociale, quand les établissements accueillent souvent seulement 20 à 30 % de réels bénéficiaires de l'aide sociale. Par ailleurs, la politique des départements entraîne parfois la réévaluation des tarifs réglementés de manière nulle, voire négative. Ce contexte pousse les établissements à interroger les voies de recours à l'évolution de leur modèle économique.

La déshabilitation revient à diminuer le nombre de places habilitées à l'aide sociale, quand une convention d'aide sociale permet de conserver l'autorisation 100 % aide sociale, tout en fixant des tarifs libres pour les places non occupées par des non-bénéficiaires de l'aide sociale. Une autre solution peut aussi être la négociation.

L'impact financier de la déshabilitation sera très différent selon le type d'établissement : il dépendra du pourcentage de personnes habilitées à l'aide sociale et de l'écart entre le besoin et le tarif départemental appliqué. La déshabilitation fait aussi entrer l'établissement dans une logique de marché. Avant de procéder à la déshabilitation, il s'agit donc d'interroger l'accessibilité financière de la structure, et d'analyser le bassin territorial, afin de s'assurer de pouvoir absorber l'augmentation des tarifs.

Les situations des territoires sont très diverses. Certains départements incitent, voire contraignent, à la déshabilitation ou à la convention d'aide sociale. D'autres font le choix

d'une politique d'aide sociale en amont. Enfin, certains ont décidé de limiter la possibilité des établissements d'accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale.

À titre d'exemple, le département du Nord a choisi de mener une politique assez offensive sur le sujet de la déshabilitation à l'aide sociale.

Face à l'évolution de la demande et aux contraintes budgétaires très fortes, il a décidé de proposer aux gestionnaires, soit de se déshabiliter partiellement, soit d'appliquer un taux directeur négatif de 3 % en 2016. Ce département comprend 24 000 places d'Ehpad, dont 80% étaient habilitées à l'aide sociale. La déshabilitation a été massive, puisque 15 % du parc a été déshabilité. Le département a ensuite cherché à s'assurer que l'accessibilité financière des établissements était réelle, et à éviter l'émergence de deux types de prise en charge.

Pour l'heure, le département ne refuse aucun bénéficiaire à l'aide sociale. Toutefois, il est certain que la fixation de différents tarifs au sein d'un même établissement interpelle. Certains établissements ont mis en place des surloyers solidaires pour prendre en compte la capacité contributive de chaque résident. Un groupe de réflexion entre la CNSA et la DGCS devra à ce titre échanger sur les pratiques des départements et relayer les freins rencontrés. Il est à espérer que des réponses juridiques seront apportées.

**GCSMS : un modèle de regroupement, mais quel avenir ?**

*Alain BONNIERE, GCSMS du centre de Picardie*

Le groupement de coopération sociale et médico-sociale du centre de Picardie réunit des établissements publics, associatifs et privés à but non lucratifs, accueillant des personnes âgées et handicapées, ainsi que trois centres hospitaliers. Cette organisation permet de bénéficier d'une certaine marge de manœuvre, l'affectation des résultats étant libre, et de recourir à un personnel qualifié, grâce à la





mutualisation des ressources. Il est ainsi possible de construire une offre de service très diversifiée. Les professionnels sont des fonctionnaires ou des salariés mis à disposition du GCSMS.

Dès lors, le GCSMS du centre de Picardie a pu créer des services tels qu'un accueil de jour itinérant, des services aux personnes âgées et adultes handicapés vieillissants, et une infirmerie de nuit. Il lui a été possible de réaliser des investissements difficiles à engager par un établissement seul. Cette autonomie est permise par la coopération, que les GHT rendent, pour l'heure, difficile. Un tel groupement nécessite cependant des règles fortes et une grande confiance.

#### GHT : quelle place pour les ESMS non hospitaliers ?

**Alexandre MOKEDE, responsable du pôle organisation sanitaire et du pilotage du déploiement des GHT de la FHF**

Depuis 2016, chaque établissement public de santé doit appartenir à un groupement hospitalier du territoire. Le premier objectif de ces GHT est de restructurer et de recomposer l'offre publique de santé, en repensant la gradation des soins et la mutualisation des fonctions support, et en réfléchissant au rôle des filières de soin à l'intérieur des territoires. Le but ultime est de mieux répondre aux besoins de la population, les économies réalisées étant simplement une conséquence.

Certains établissements publics ont toutefois constaté la difficulté qu'il y avait à associer des partenaires qui ne souhaitent pas coopérer entre eux. Se pose dès lors la question de la place des ESMS dans la construction des filières. Les SSR estiment en effet ne pas avoir été suffisamment associés à l'élaboration des projets médico-soignants partagés, ce qui est regrettable.

Ceci étant, il semble que les GHT reviennent aujourd'hui sur leurs pratiques. Après avoir mis en place les fonctions mutualisées répondant à la restructuration de l'offre publique, ils bénéficieront de davantage de temps pour penser les projets médico-soignants partagés, les filières et les partenaires. La place des ESMS dans les GHT dépend donc de la dynamique des territoires, de l'envie de coopérer et de l'intérêt trouvé. Les réponses ne sauraient être univoques sur l'ensemble du territoire. Il convient d'utiliser l'outil le plus pertinent en fonction de l'objectif assigné. Le parcours de soins doit néanmoins être élaboré avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du patient, que ce soit la médecine de ville, les ESMS, ou les établissements d'HAD.

#### Clôture

**Claudy JARRY, président de la FNADEPA**

Tous les participants et les partenaires sont remerciés de leur implication au cours de cette journée, et sont invités au congrès de la FNADEPA, qui se tiendra à Nantes les 4 et 5 juin 2018.