

AUTONOMIE

Revue de gestion des ESSMS

OCTOBRE NOVEMBRE DÉCEMBRE 2024 N°1

ÉDITORIAL

Une gestion performante, condition de la résilience et préalable à l'innovation dans les ESSMS

À l'heure de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, les dirigeants d'établissements et services sociaux et médico-sociaux redoutent les contraintes budgétaires alors qu'ils doivent relever de nombreux défis dans un secteur en pleine mutation. Au centre d'un écosystème décisionnel complexe, ils se trouvent au carrefour des financements de la branche autonomie, de ceux des départements, mais aussi concernés par ceux des secteurs sanitaire et ambulatoire. Si les ESSMS ont chacun leur histoire, leurs spécificités statutaires et leur culture, nombre d'évolutions récentes les concernent tous. Les enjeux stratégiques se multiplient comme les difficultés de recrutement, la création de groupements de coopération et notamment du nouveau groupement territorial social et médico-social pour le secteur public. Ceci dans un vaste processus de consolidation du secteur et de transformation de l'offre vers des solutions alternatives à l'hébergement à plein temps, avec des services de proximité.

La maîtrise des outils de gestion est un préalable à la mise en œuvre maîtrisée de nouveaux modèles, qu'il s'agisse de l'EPRD, des réformes financières en cours ou annoncées, d'indicateurs ou d'analyse financière. Un retour aux fondamentaux de la gestion après une période marquée parfois par une certaine confusion dans la définition des objectifs et des moyens. À l'heure des innovations indispensables pour traduire au mieux les contraintes en opportunités, ces expertises sont nécessaires à la prise de décision stratégique des ESSMS et à leur gouvernance. Une gestion performante a, dans ce secteur, pour objectif d'être au service des missions humaines et solidaires auprès des personnes fragiles.

C'est la raison d'être de ce nouveau trimestriel, également accessible en ligne : une ressource technique, indépendante et neutre, au service des dirigeants et gestionnaires des services et des établissements publics, privés non lucratifs et privés commerciaux. Il s'articule en plusieurs temps : les ressources et le financement, le droit et les dernières jurisprudences, la gestion comptable budgétaire et financière, le pilotage stratégique et la veille. En espérant, chers lecteurs, que cette revue répondra à vos attentes et contribuera à vous épauler pour faire face aux défis de l'autonomie.

Laurent QUEINNEC

Directeur de la publication

SOMMAIRE

RESSOURCES

Le poids des dépenses de la protection de l'enfance dans l'évolution des dépenses sociales et médico-sociales des départements p2

La tarification et le système de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées p8

Le tarif différencié : Un jeu d'équilibriste entre liberté, accessibilité et responsabilité ? p14

DROIT ET JURISPRUDENCE

Les établissements sociaux et médico-sociaux ne sont pas des pouvoirs adjudicateurs au sens du Code de la commande publique et de l'article L.1211-1 2° de ce même code p17

Des questions de compétence juridictionnelle en partie réglées par la jurisprudence p18

Vers une compétence du juge judiciaire en matière de contentieux disciplinaire des instituts de formation des aides-soignants ... p20

Réflexion menée par le Conseil constitutionnel sur l'éventuelle reconnaissance d'un droit de la protection sociale des étrangers . p21

La juridiction administrative se penche sur la question du recrutement des AESH p22

GESTION COMPTABLE BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE

La prise en compte des reports à nouveau et des réserves lors du renouvellement du CPOM des ESMS p23

Les recommandations de la Cour des comptes en cas de maladie, de perte d'autonomie ou de handicap des personnes âgées . p27

PILOTAGE STRATÉGIQUE

La réforme des services autonomie p33

Les défis de recrutement dans le secteur médicosocial : Analyse et stratégies d'amélioration p37

Le Sénat publie un rapport sur la situation des EHPAD p44

VEILLE

..... p46

DÉPENSES SOCIALES

Le poids des dépenses de la protection de l'enfance dans l'évolution des dépenses sociales et médico-sociales des départements

La période estivale 2024 a été marquée par la publication de plusieurs études de référence concernant les dépenses sociales des départements, et notamment le poids que revêtent en leur sein les dépenses liées à la protection de l'enfance. Les résultats de ces études pointent en effet que, comme cela était observé au cours des dernières années, la réalité de l'évolution de l'activité de l'aide sociale à l'enfance est le principal moteur de l'augmentation des dépenses sociales des départements. Nous allons ainsi dans cet article tenter d'en comprendre les tenants et aboutissants, et esquisser certaines orientations possibles pour l'avenir.

Cette analyse s'appuie par conséquent sur les données issues de l'enquête annuelle de l'Observatoire de la décentralisation et de l'action sociale (ODAS) portant sur les dépenses sociales et médico-sociales des départements pour l'année 2023^[1], réalisée à partir d'un échantillon représentatif de 47 départements pour les données de l'exercice 2023 ; sur l'étude portant sur l'aide sociale à l'enfance (édition 2024)^[2] publiée par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la Santé et de la Prévention ; ainsi que sur la note d'analyse de France Stratégie de septembre 2024 portant sur le parcours des jeunes enfants placés au sein des dispositifs de la protection de l'enfance^[3].

Une forte progression des dépenses de protection de l'enfance au sein des dépenses sociales des départements

Concernant l'ensemble des dépenses sociales et médico-sociales des départements, l'ODAS observe que leur progression entre 2022 et 2023 est supérieure à l'inflation constatée sur cet exercice (+ 5,2 % contre + 4,9 % pour l'inflation selon l'Institut national des statistiques et études économiques - INSEE). Dans le même temps, les recettes des départements ne progressent pas et l'on constate même un recul des recettes issues des droits de mutation à titre onéreux (DMTO ; dont le produit décroît de 21,9 % entre 2022 et 2023^[4]) lié à la baisse du nombre de transactions

^[1] La synthèse de l'enquête est disponible sous : <https://odas.net/actualites/synthese-de-lenquete-annuelle-depenses-sociales-et-medico-sociales-des-departements-en>.

^[2] Les dossiers de la DREES, n°119, paru le 23 juillet 2024 ; Tedjani Tarayoun, avec Éliasa Abassi, Cheikh-Tidiane Diallo, et Klara Vinceneux. L'étude est accessible sous : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/240723_DD_aide-sociale_Enfance_2024#:~:text=Le%20nombre%20de%20jeunes%20pris,%25%20en%20moyenne%20par%20an.

^[3] « *Retisser les fils du destin : parcours des jeunes placés* » ; note d'analyse n°143, septembre 2024, France Stratégie ; Bénédicte Galtier, Solène Manivel et Clément Peruyero. L'étude est accessible sous : https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2024-na143-jeunes_ase-12.09.pdf.

^[4] *Les finances des départements*, rapport de l'observatoire des finances et de la gestion publique locales (OFGL) pour 2024, accessible sous : <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/rapports-observatoire-des-finances-et-gestion-publique-locales-ofgl>.

immobilières, du fait notamment de la hausse des taux d'intérêt relevée après 2022. Cet « effet ciseaux », craint de longue date, tend à menacer à l'avenir les équilibres financiers des collectivités départementales.

L'analyse par politique publique indique que les augmentations de dépenses les plus conséquentes concernent deux politiques publiques, l'aide sociale à l'enfance et le soutien aux personnes en situation de handicap ; ainsi que les dépenses de personnel. Il est également constaté que les dépenses pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) représentent plus du tiers des dépenses sociales totales nettes des départements en 2023.

Tableau 1 : Évolution de la dépense et de la charge nettes d'action sociale départementale par domaines de 2019 à 2023 (France métropolitaine)

En M€	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2022/2023	Évolution moyenne par année
Aide sociale à l'enfance, hors personnel/ avec assistants familiaux	7900	8140	8290	8860	9760	10,2 %	6 %
Soutien aux personnes handicapées, hors personnel	7790	8000	8260	8710	9290	6,7 %	5 %
Soutien aux personnes âgées dépendantes, hors personnel	7200	7460	7380	7650	7880	3,0 %	2 %
RSA hors personnel	10 425	11 150	11 080	10 600	10 850	2,4 %	1 %
Autres dépenses sociales et médico-sociales hors personnel	1600	1640	1440	1480	1390	-6,1 %	-3 %
Personnel	3705	3850	3950	4190	4470	6,7 %	5 %
Dépenses nette totales d'action sociale	38 620	40 240	40 400	41 490	43 640	5,2 %	3 %
Concours de l'État pour les allocations	8310	8430	8620	8850	9270	4,7 %	3 %
Charge nette totale d'action sociale	30 310	31 810	31 780	32 640	34 370	5,3 %	3 %

Source : Enquête annuelle « dépenses sociales et médicosociales des départements en 2023 », ODAS, juin 2023.

L'analyse des données obtenues par l'ODAS concernant l'évolution des dépenses sociales et médico-sociales pour l'exercice 2023 permet de relever que dans toutes les politiques publiques du champ social, l'augmentation des dépenses est plus forte entre 2022 et 2023 qu'en moyenne au cours de la période depuis 2019, en dehors de la catégorie « autres dépenses sociales et médico-sociales ». La progression la plus forte concerne ainsi les dépenses concernant l'aide sociale à l'enfance (ASE) entre 2022 et 2023 mais également depuis 2019.

Aussi, parmi tous les champs, seule la catégorie « autres dépenses sociales et médico-sociales » connaît une diminution entre 2022 et 2023 et au cours de la période de référence. On constate également que la compensation des dépenses sociales par l'État apparaît moins dynamique entre 2022 et 2023, mais aussi depuis 2019, que la hausse des dépenses. Ce découplage tend à augmenter mécaniquement la charge nette totale d'action sociale pour les départements (+ 5,3 % entre 2022 et 2023).

Tableau 2 : Évolutions 2022-2023 des effectifs et des coûts unitaires

	Champ	Effectifs	Coûts
Accueil hébergement	Aide sociale à l'enfance	3,3 %	6,6 %
	Personnes en situation de handicap	0,7 %	3,3 %
	Personnes âgées dépendantes	-0,9 %	2,9 %
Allocations	PCH	5,3 %	5,0 %
	APA à domicile	1,0 %	5,8 %
	APA en établissement	0,8 %	3,4 %
	Allocation RSA	-2,0 %	3,7 %

Source : Enquête annuelle « dépenses sociales et médicosociales des départements en 2023 », ODAS, juin 2023.

Les dépenses de personnel de l'action sociale connaissent entre 2022 et 2023 à la fois un « effet-prix » avec une augmentation de leur coût unitaire, ainsi qu'un « effet-volume », avec une hausse du nombre de personnels dédiés. Ce constat est vérifié pour toutes les politiques publiques de l'action sociale des départements, à l'exception du soutien aux personnes âgées dépendantes (- 0,9 % d'effectifs) et des personnels alloués à la gestion du revenu de solidarité active (RSA ; -2 %). Ces deux derniers champs connaissant malgré tout une hausse du coût du personnel concerné.

La hausse du coût unitaire tient notamment à l'augmentation de la valeur du point d'indice de la fonction publique de 1,5 % au mois de juillet 2023. L'ODAS note que les charges de personnel des politiques sociales départementales représentent, comme en 2022, 10 % de la dépense totale d'action sociale.

Pour 2024, la dynamique annoncée ne semble pas pour autant vertueuse, avec une anticipation de l'augmentation à nouveau des dépenses de la protection de l'enfance ainsi que de la prestation de compensation du handicap (PCH), à l'identique des exercices précédents. La particularité notable sera la nécessaire absorption par les finances départementales des déficits constatés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)^[5], dont ceux-ci ont la tutelle avec les agences régionales de santé (ARS).

Les principaux motifs de l'augmentation des dépenses d'aide sociale à l'enfance des départements

Selon l'ODAS, les revalorisations des personnels des départements, des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des assistants familiaux expliquent pour deux tiers la progression des dépenses de l'aide sociale à l'enfance.

Tableau 3 : Évolution des dépenses totales brutes d'aide sociales à l'enfance par type de mesure

En M€ constants 2022 ⁶	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021/2022	Évolution moyenne par année
Dépenses totales brutes d'ASE	9214	9514	9614	9885	2,8 %	2,4 %
Placements	7332	7674	7749	7887	1,8 %	2,5 %
Actions éducatives	549	570	579	582	0,4 %	2,0 %
Allocations	324	333	322	314	-2,3 %	-1,0 %
Prévention spécialisée	245	234	231	223	-3,4 %	-3,0 %
Autres dépenses	763	703	733	879	20,0 %	5,0 %

Source : L'aide sociale à l'enfance – édition 2024 ; Les dossiers de la DREES, n°119, juillet 2024.

Les dépenses totales brutes de l'aide sociale à l'enfance, présentées ici par la DREES en millions d'euros constants de 2022^[7], progressent plus rapidement entre 2021 et 2022 qu'au cours de l'ensemble de la période depuis 2019. Cette progression est avant tout favorisée par les dépenses engendrées par les mesures de placements (+ 1,8 % entre 2021 et 2022) mais également par la catégorie des « autres dépenses^[8] ».

^[5] Selon la fédération hospitalière de France (FHF), près de 85 % des EHPAD enregistrent un résultat déficitaire pour l'exercice 2023 (<https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-04/Enqu%C3%AAtes%20nationale%20FHF%20-%20situation%20financi%C3%A8re%20des%20EHPAD%20publics%20VDEF%20-%20synth%C3%A8se.pdf>).

^[6] Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants de 2022. Elles sont donc déflatées à l'aide de l'indice général des prix à la consommation (IPC) de l'ensemble des ménages de la France entière.

^[7] Les chiffres présentés par la DREES dans l'étude de juillet 2024 présentent des séries statistiques s'étendant de 1986 à 2022.

^[8] Les « autres dépenses » d'aide sociale à l'enfance correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance.

Au-delà du coût à la hausse des personnels de la protection de l'enfance, le nombre de mesures prononcées détermine également la progression des dépenses. L'ODAS relève ainsi une forte augmentation du nombre de jeunes concernés au total par des mesures relevant de l'aide sociale à l'enfance entre 2022 et 2023 (+ 12 500 jeunes concernés), parmi lesquels le nombre de mineurs faisant l'objet d'un placement progresse également (+ 3200 mineurs accueillis).

Tableau 4 : Évolution des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre

	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021/2022	Évolution moyenne par année
Total mesures d'aide sociale à l'enfance	368 102	370 312	377 291	380 562	0,9 %	1,1 %
Nombre de mesures d'accueils à l'ASE	196 893	199 642	204 492	208 064	1,7 %	1,9 %
Nombre d'actions éducatives (à domicile et en milieu ouvert)	171 209	170 670	172 799	172 498	-0,2 %	0,3 %
Taux de mesures dans la population de moins de 21 ans (axe de droite, pour ‰)	21,9	22,1	22,6	22,9	1,3 %	1,6 %

Source : *L'aide sociale à l'enfance – édition 2024 ; Les dossiers de la DREES, n°119, juillet 2024.*

Selon les chiffres de la DREES, le nombre de mesures d'aide sociale à l'enfance augmente ainsi globalement entre 2019 et 2022, tiré par les mesures d'accueil (+ 1,9 % en moyenne par an), quand dans le même temps les mesures éducatives ont eu tendance à stagner (+ 0,3 % en moyenne par an).

Tableau 5 : Évolution des dépenses brutes par mesure d'accueil d'aide sociale à l'enfance

	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021/2022	Évolution moyenne par année
Dépenses totales d'accueil à l'ASE dans l'année en millions d'euros courants	6823	7175	7365	7887	7,1 %	5,2 %
Nombre de mesures d'accueil à l'ASE au 31 décembre	196 890	199 640	204 490	208 060	1,7 %	1,9 %
Coût par mesure d'accueil en €	34 654	35 940	36 015	37 907	5,3 %	3,1 %
Nombre de mesures d'accueil pour 1000 habitants de moins de 21 ans (axe de droite)	11,7	11,9	12,2	12,5	2,2 %	2,3 %

Source : *L'aide sociale à l'enfance – édition 2024 ; Les dossiers de la DREES, n°119, juillet 2024.*

Retracées en euros courants cette fois, les dépenses totales brutes de l'ASE augmentent plus rapidement entre 2021 et 2022 qu'en tendance depuis 2019 (+ 7,1 % contre + 5,2 %). Les mesures d'accueil connaissent également un « effet-prix », le coût par mesure d'accueil évoluant à la hausse en tendance tout au long de la période (+ 3,1 % par an en moyenne) pour s'établir à un peu plus de 37 900 € par mesure d'accueil en 2022.

D'autres motifs de progression des dépenses peuvent également être évoqués, découlant de l'application progressive de la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants^[9], dite « loi Taquet » du nom du secrétaire d'État en charge de l'époque. En effet, l'article 10 de la loi précitée modifie l'article L. 222-5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF^[10]), systématisant la prise en charge dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance « des majeurs âgés de moins de vingt-et-un ans et des mineurs émancipés qui ne bénéficient pas de ressources ou d'un soutien familial suffisants, lorsqu'ils ont été confiés à l'aide sociale à l'enfance avant leur majorité ». Si l'accompagnement des jeunes majeurs issus de la protection de l'enfance en sort ainsi renforcé, les finances départementales devront absorber le déploiement général du dispositif de « contrat jeune majeur » à tous les jeunes issus de l'ASE, afin d'éviter les « sorties sèches ».

^[9] <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045133771>.

^[10] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136766.

De la même façon, la loi Taquet interdit la prise en charge des jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance au sein d'hôtels, afin d'éviter les dérives et de renforcer l'accompagnement des enfants. Les départements avaient notamment eu recours à ces prestations pour absorber la hausse rapide de mineurs non accompagnés (MNA). Le remplacement de prestations d'hôtellerie par des accueils classiques, en établissement ou en famille d'accueil, aura certainement un coût non négligeable pour les départements.

Les leviers d'action et les orientations possibles pour les prochaines années

Dans le même temps, l'article 1 de la loi Taquet, en modifiant l'article 375-3 du Code civil^[11] donne la priorité au placement de l'enfant chez un autre membre de la famille ou chez un tiers digne de confiance (TDC), par rapport au recours au service départemental de l'aide sociale à l'enfance. Celui-ci ne peut en effet intervenir qu'après « *évaluation des conditions d'éducation et de développement physique, affectif, intellectuel et social de l'enfant dans le cadre d'un accueil par un membre de la famille ou par un tiers digne de confiance, en cohérence avec le projet pour l'enfant* ». Cette modalité, favorable également au bon accompagnement de l'enfant, pourrait en sa pleine application avoir un effet favorable pour les dépenses sociales départementales.

Par ailleurs, l'étude de France Stratégie portant sur les parcours scolaires des enfants placés conclue que les enfants placés chez des assistants familiaux (en « famille d'accueil ») tendent à présenter un parcours scolaire plus abouti que ceux placés en établissement (notamment en maison d'enfance à caractère social - MECS). Ce constat peut s'expliquer en partie par la possibilité pour l'enfant de bénéficier, en fonction des appétences de la famille d'accueil, d'un capital culturel des accueillants plus élevé que dans le milieu d'origine des enfants, ainsi que d'une plus grande attention portée aux devoirs à la maison. En plus de bénéficier au parcours individuel des enfants et de favoriser leur obtention d'une profession stable par la suite, la réussite scolaire des enfants placés sous la protection de l'aide sociale à l'enfance apparaît économiquement souhaitable, limitant la possibilité que ceux-ci ne se retrouvent également déclassés à l'avenir.

Le placement en famille d'accueil apparaît dès lors relativement plus profitable pour les enfants que le placement en établissement. Cette dynamique favorable pour l'enfant semble l'être également pour les finances publiques, car selon la DREES en 2023, « *les dépenses d'accueil par bénéficiaire ont ainsi tendance à être plus élevées dans les départements où les accueils en établissement et les autres modes de prise en charge hors famille d'accueil sont proportionnellement plus importants* »^[12].

Tableau 6 : Répartition en pourcentage des modes d'accueil des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance en fonction de l'âge

	0 à 2 ans	3 à 5 ans	6 à 10 ans	11 à 15 ans	16 à 17 ans	18 ans ou plus	Ensemble
Familles d'accueil	61	66	57	42	19	14	38
Établissements	23	19	28	42	56	57	41
Adolescents et jeunes majeurs autonomes	0	0	0	1	12	17	6
Autres	16	15	15	14	14	12	15

Source : *L'aide sociale à l'enfance – édition 2024 ; Les dossiers de la DREES, n°119, juillet 2024.*

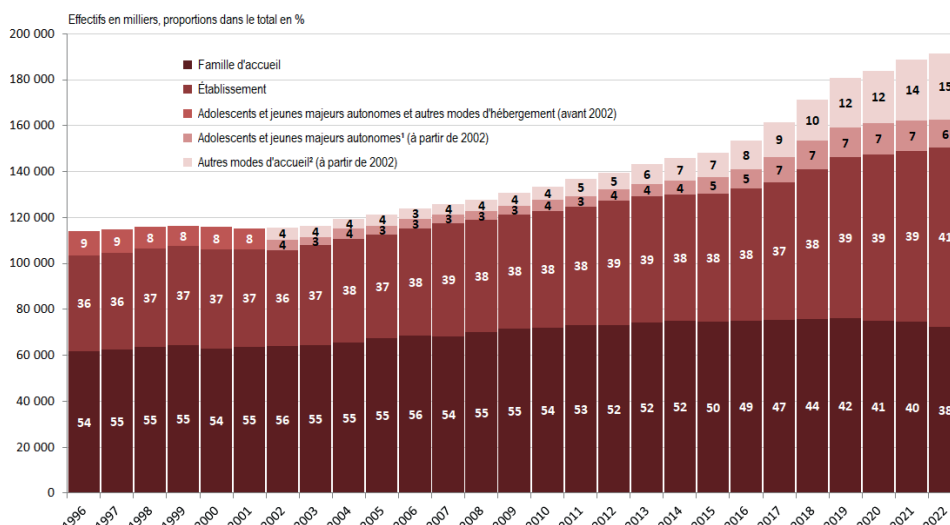
Pour autant, selon la DREES, le taux de placement en famille d'accueil décroît avec l'âge de l'enfant, et ce alors même que l'accompagnement portant sur la réussite scolaire devrait s'étoffer au cours des années.

^[11] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136622.

^[12] « *L'aide sociale à l'enfance, édition 2023* » ; Les dossiers de la DREES n°115, paru le 26 octobre 2023 ; Nadia Amrous, avec Élixa Abassi, Cheikh-Tidiane Diallo, Klara Vinceneux ; accessible sous <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/laide-sociale-lenfance-edition-2023>.

^[13] Le rapport d'Éric Woerth « *Décentralisation : le temps de la confiance* », remis au président de la République le 30 mai 2024 est accessible sous : <https://>

Évolution de la répartition par mode d'accueil principal des enfants confiés à l'ASE au 31 décembre, de 1996 à 2022



1. Foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en hôtel, en location, etc.
 2. Internat scolaire, attente de lieu d'accueil, placement chez la future famille adoptante, etc. Depuis la collecte portant sur 2018, les villages d'enfants ne sont plus intégrés au sein de cette catégorie mais à la catégorie « établissement ».
Lecture > Au 31 décembre 2022, 72 400 jeunes confiés à l'ASE, soit 38 %, vivent principalement en famille d'accueil.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

En 2022, pour la première fois depuis le début de l'observation des données en 1986, l'étude de la DREES relève que le placement en accueil familial n'est plus le mode d'accueil majoritaire par rapport au placement en établissement. Cette situation pourrait trouver une explication dans la difficulté actuelle à remplacer les départs en retraite des accueillants familiaux par les employeurs que sont les départements.

Tableau 7 : Évolution de la répartition par mode d'accueil principal des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance au 31 décembre

	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021-2022	Évolution moyenne par année
Famille d'accueil	76 070	75 150	74 670	72 420	-3,0 %	-1,6 %
Établissement	70 130	72 290	74 160	77 910	5,3 %	3,7 %
Adolescents et jeunes majeurs autonomes	12 840	13 750	13 460	12 090	-10,7 %	-1,9 %
Autres modes d'accueil	21 560	22 720	26 250	29 100	13,2 %	11,7 %

Source : L'aide sociale à l'enfance – édition 2024 ; Les dossiers de la DREES, n°119, juillet 2024.

Le nombre d'enfants accueillis en famille d'accueil a ainsi régulièrement décliné depuis plusieurs années et notamment depuis 2019 (- 1,6 % par an en moyenne), et la tendance s'accroît entre 2021 et 2022 (-3 %). Cette réallocation des modes d'accueil se fait au profit en particulier du placement en établissement qui progresse fortement entre 2021 et 2022 (+ 5,3 %). Tous les intérêts convergent ainsi pour qu'à l'avenir des chantiers réglementaires soient engagés afin de contrer la décroissance du mode d'accueil familial par rapport au placement en établissement, et toutes les conséquences qu'il emporte.

La forte hausse des mesures de placement de l'aide sociale à l'enfance interroge plus largement sur la situation des familles en France, et davantage au sortir de la crise sanitaire liée à la Covid-19 qui a, de fait, créé un huis-clos pour de nombreux foyers.

Par ailleurs, la difficulté pour les départements à prendre en charge les progressions accrues des mesures de placement et des dépenses sociales tend à apporter de l'eau au moulin des partisans de la recentralisation de l'aide sociale à l'enfance par l'État, ainsi que le préconisait le rapport Woerth sur la décentralisation^[13].

EHPAD

La tarification et le système de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées

Sur les 7333 EHPAD que compte le pays, 44,4 %, soit 3258, sont des EHPAD publics, 31,1 %, soit 2320, sont sous statut associatifs et 23,9 %, soit 1755, sont des EHPAD commerciaux.

Ces établissements enregistrent des déficits financiers de plus en plus importants. En 2023, 84,4 % d'entre eux connaissent cette situation, alors qu'ils étaient 43,9 % en 2019.

La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir prévoit de sécuriser la progression du financement public des EHPAD au moyen d'une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge.

Néanmoins, les personnes âgées accueillies en leur sein, ainsi que leurs familles, se trouvent souvent confrontées à des prix de journée restant à leur charge, souvent difficilement supportables. Cette situation interroge sur l'organisation financière des EHPAD à travers les modalités de leur tarification des prestations rendues aux personnes âgées et sur le système de financement qui leur est appliqué.

La mesure de l'activité des EHPAD

Le niveau d'activité en matière de soins et de traitement de la dépendance est mesuré sur la base du nombre de points GIR produits par chaque établissement.

À cet égard, six GIR (Groupes-Iso-Ressources) permettent de classer les personnes âgées en fonction de leur degré de dépendance sur la base des éléments recueillis par une équipe médico-sociale utilisant une grille nationale de classification dite « grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) ». À cette fin, dix variables dites « discriminantes » sont utilisées pour déterminer la perte d'autonomie physique et psychique et sept variables dites « illustratives » pour déterminer la perte d'autonomie domestique et sociale. En fonction de la valeur attribuée à ces variables, exprimée en nombre de points GIR, la personne âgée est classée dans un des six GIR allant de 1 à 6, le GIR 1 étant affecté à la personne la moins autonome et le GIR 6 à la personne la plus autonome.

À partir du classement des personnes âgées dans le GIR qui leur correspond, le GIR moyen pondéré (GMP) propre à l'établissement, indiquant le niveau moyen de dépendance de ses résidents, est calculé avec la formule suivante :

$$\text{GMP} = [(N1 \times V1) + (N2 \times V2) + (N3 \times V3)] / N4$$

Avec :

- N1 représentant le nombre de résidents classés en GIR1 et GIR2, N2 celui des résidents classés en GIR3 et GIR4 et N3 celui des résidents classés en GIR5 et GIR6.
- V1 représentant la valeur de points du GIR1 et du GIR2, V2 celle du GIR3 et du GIR4 et V3 celle du GIR5 et du GIR6.
- N4 exprimant le nombre total de résidents dans l'EHPAD concerné.

À noter que la valeur de points des GIR est fixée par un barème national réglementaire, le nombre de points affecté à chaque type de GIR dépendant de l'importance du coût des prestations rendues en matière de soins et pour traiter la dépendance.

Ainsi, le GIR1 et le GIR2, affectés aux personnes âgées les plus dépendantes, reçoivent 1040 points, le GIR3 et le GIR4 reçoivent 660 points et le GIR5 et le GIR 6 reçoivent 280 points.

Sur cette base, le GMP moyen national calculé pour l'ensemble des EHPAD est de 714,25, avec des différences selon le statut des établissements. Il est ainsi de 700 pour les EHPAD associatifs, alors qu'il s'élève à 732 pour les EHPAD commerciaux qui accueillent les personnes âgées les plus dépendantes.

Les modalités de tarification des prestations rendues aux personnes âgées accueillies dans les EHPAD

Ces modalités relèvent d'un système mixte combinant un cadre budgétaire et une réglementation insérée dans le Code de l'action sociale et des familles applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Le cadre budgétaire des EHPAD

Pour ce qui concerne les EHPAD publics, le cadre budgétaire est contenu dans l'instruction budgétaire et comptable M22 applicable aux ESMS.

Cette instruction classe les dépenses et les recettes dans deux sections : une section d'exploitation et une section d'investissement.

Dans la section d'exploitation, les dépenses sont répertoriées dans trois groupes :

- Le groupe 1 comprenant les dépenses afférentes à l'exploitation courante, soit 20 % du total des dépenses ;
- Le groupe 2 comprenant les dépenses afférentes au personnel, qui occupent une place importante, de l'ordre de 70 % ou plus, dans le total des dépenses ;
- Le groupe 3 comprenant les dépenses afférentes à la structure, qui correspondent aux charges fixes, pour 10 % environ du total des dépenses.

Les recettes de la section d'exploitation sont réparties en deux groupes :

- Le groupe 1 comprenant les produits de la tarification relatifs à l'hébergement, aux soins et à la dépendance. Il représente, en moyenne, avec environ 98 %, la plus grande partie des recettes de l'exploitation ;
- Le groupe 2 où se situent les autres produits relatifs à l'exploitation, ne représente, en moyenne, qu'une part assez infime du total des recettes, de l'ordre de 2 %.

La section d'investissement comprend, en dépenses, les acquisitions d'immobilisations et le remboursement des emprunts et, en recettes, le produit des emprunts, des dotations ou subventions reçues et les amortissements.

Il convient de signaler que les tarifs des EHPAD sont autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour la partie relative aux soins et conjointement avec le président du Conseil départemental pour la partie relative à la dépendance.

Les établissements doivent signer un contrat d'objectifs et de moyens qui conduisant à la présentation d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) comportant, notamment, un compte de résultat prévisionnel (CRP) et un plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Dans ce cadre, il est à noter que le CRP peut être présenté, en équilibre, mais également en excédent ou en déficit, après report des résultats des exercices antérieurs dans la section d'exploitation et dans la section d'investissement.

Illustration des modalités de la tarification à partir d'un cas réel

La tarification des prestations rendues aux personnes âgées est illustrée à partir d'un EHPAD de taille moyenne accueillant 46 résidents.

Tableau n° 1 – Production exprimée en points GIR

	Valeur du point GIR	Nombre de résidents	Total des points GIR	% des points GIR	Nombre de journées en soins et dépendance
GIR 1	1040	6	6240	15,51 %	2190
GIR 2	1040	22	22 880	56,86 %	8030
GIR 3	660	8	5280	13,12 %	2920
GIR 4	660	8	5280	13,12 %	2920
GIR 5	280	0	0	0 %	0
GIR 6	280	2	560	1,39 %	730
TOTAL		46	40 240	100 %	16 790

Ce tableau fait ressortir une production totale de 40 240 points GIR. Toutefois avec une valeur de points GIR ne prenant en compte que les prestations rendues par le personnel soignant, avec une valeur de point de 1000 pour le GIR 1, de 840 pour le GIR 2, de 660 pour le GIR 3, de 420 pour le GIR 4, de 250 pour le GIR 5 et de 70 pour le GIR 6, le GIR moyen pondéré de l'établissement (GMP) ressort à 723,04 points par résident (33 260 points / 46), soit, en 2023, un GMP supérieur de + 1,23 % au GMP moyen national de l'ensemble des EHPAD, ce qui traduit une efficacité légèrement inférieure à la moyenne des EHPAD.

Pour le calcul du coût des prestations rendues dans chacune des trois composantes de l'activité de l'EHPAD, ce coût est réparti entre les trois « budgets » de la section d'exploitation afférents à l'hébergement, à la dépendance et aux soins et cette répartition permet ensuite de procéder à la tarification de ces prestations.

Tableau n° 2 – Répartition du coût des prestations rendues entre l'hébergement, la dépendance et les soins

Groupe de dépenses (En euros)	Hébergement	Dépendance	Soins	Total	
				Montant	% du total Hors report de déficit
G1 : Exploitation courante	310 100	33 951	16 000	360 051	18,6 %
G2 : Personnel	490 706	273 537	601 122	1 365 365	70,4 %
G3 : Structure	212 178	0	2 267	214 445	11,0 %
Report de déficit antérieur	16 138	82 580	74 828	173 546	
Total hors report de déficit antérieur	1 012 984	307 488	619 389	1 939 861	100,0 %
Total avec report de déficit antérieur	1 029 122	390 068	694 217	2 113 407	

Tableau n° 3 – Servant au calcul des tarifs journaliers

	Hébergement	Dépendance	Soins	Total
Total des charges d'exploitation hors report (A)	1 012 984 €	307 488 €	619 389 €	1 939 861 €
Produits autres que ceux de la tarification (B)	82 000 €	15 000 €	62 000 €	159 000 €
Report de déficit antérieur (C)	16 138 €	82 580 €	74 828 €	173 546 €
Base de calcul des tarifs journaliers D = (A – B + C)	947 122 € (D1)	375 068 € (D2)	632 617 € (D3)	1 954 407
Nombre total de journées : I = (D1 ou D2 ou D3) / I				16 790
TARIF JOURNALIER DE L'HÉBERGEMENT	56,41 €			
Production totale de points GIR (F)				40 240
Production de points en GIR 1 et 2 (G1)				29 120
Part de la production en GIR 1 et 2 (H1) = G1 / F				72,37 %
Production de points en GIR 3 et 4 (G2)				10 560
Part de la production en GIR 3 et 4 (H2) = G2 / F				26,24 %
Production de points en GIR 5 et 6 (G3)				560
Part de la production en GIR 5 et 6 (H3) = G3 / F				1,39 %
Nombre de journées en GIR 1 et 2 (K1)				10 220
Part des journées en GIR 1 et 2 (L1) = K1 / I				60,87 %
Nombre de journées en GIR 3 et 4 (K2)				5 840
Part des journées en GIR 3 et 4 (L2) = K2 / I				34,78 %
Nombre de journées en GIR 5 et 6 (K3)				730
Part des journées en GIR 5 et 6 (L3) = K3 / I				4,35 %
TARIF JOURNALIER DÉPENDANCE EN GIR 1 et 2 = (D2 x H1) / K1		26,56 €		
TARIF JOURNALIER DÉPENDANCE EN GIR 3 ET 4 = (D2 x H2) / K2		16,85 €		
TARIF JOURNALIER DÉPENDANCE EN GIR 5 ET 6 = (D2 x H3) / K3		7,14 €		
Quote-part des charges nettes relatives au personnel soignant, imputée au « budget » soins (E)			374 704 €	
TARIF JOURNALIER DES SOINS EN GIR 1 ET 2 = [(E x H1) + (D3 – E) x L1] / K1			41,87 €	
TARIF JOURNALIER DES SOINS EN GIR 3 ET 4 = [E x H2) + (D3 – E) x L2] / K2			32,71 €	
TARIF JOURNALIER DES SOINS EN GIR 5 ET 6 = [(E x H3) + (D3 – E) x L3] / K3			22,50 €	

De ce tableau il ressort que la base de calcul des tarifs journaliers, pour chacune des trois composantes, doit incorporer dans leur coût le report des déficits du ou des exercices antérieurs.

Au cas présent, le tarif journalier global incorporant les trois composantes s'élève à :

- 124,84 € pour les résidents en GIR 1 et 2 (56,41 € + 26,56 € + 41,87 €), soit, pour un mois de 30 jours, un tarif mensuel de 3745,20 € ;
- 105,43 € pour les résidents en GIR 3 et 4 (56,41 € + 16,85 € + 32,17 €), soit un tarif mensuel de 3162,90 € ;
- 86,05 € pour les résidents en GIR 5 et 6 (56,41 € + 7,14 € + 22,50 €), soit un tarif mensuel de 2581,50 €.

La statistique publiée par la société en assurances, Uni Santé Prévoyance, mentionne, en 2023, un montant moyen de forfait mensuel pour l'ensemble des EHPAD installés sur le territoire français de 2224 € pour les résidents classés en GIR 5 et 6.

Pour cette catégorie de résidents, l'EHPAD pris ici comme exemple, présente donc un forfait mensuel supérieur de 16 % à la moyenne des EHPAD.

Cette supériorité résulte notamment de la part importante s'élevant à 70,4 % des charges de personnel dans le total des charges d'exploitation, qui résulte elle-même d'un ratio d'encadrement des résidents par le personnel de 0,78 (35,7 équivalents temps plein pour 46 résidents), contre un ratio moyen pour l'ensemble des EHPAD de 0,62.

Le système de financement des EHPAD

La répartition du financement des EHPAD

La création d'une 5^e branche de la sécurité sociale dite « Branche Autonomie » par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a réorganisé le système de financement de l'ensemble des ESMS dont font partie les EHPAD en confiant le pilotage et la gestion de ce système à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

À travers l'assurance maladie, le budget de la CNSA finance, à hauteur de 15 Md€, l'intégralité des soins dispensés aux résidents.

Les dépenses des EHPAD liées à la dépendance des personnes âgées sont financées majoritairement par les départements au moyen de l'octroi aux personnes âgées de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et, pour le reste, par les personnes âgées elles-mêmes. À ce titre, les départements reçoivent de la CNSA une compensation financière de l'ordre de 2,5 Md€.

Enfin, les dépenses liées à l'hébergement dans les EHPAD sont à la charge des résidents, mais cette charge est compensée en partie par l'octroi de l'APA pour un montant lié à leurs ressources et à leur degré de dépendance, ainsi que par l'aide personnalisée au logement (APL) et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour ceux qui bénéficient de l'aide sociale, auxquelles s'ajoute un crédit d'impôt.

Le reste à charge financier pour les résidents en EHPAD

Le reste à charge pour les résidents s'applique aux parties du tarif ou du forfait mensuel de l'EHPAD relatives à l'hébergement et à la dépendance, la partie relative aux soins étant totalement prise en charge par l'assurance maladie.

Le chiffrage de ce reste à charge a fait l'objet d'une publication par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) relevant du Ministère en charge de la Santé en juillet 2022.

Cette publication fait ressortir des moyennes de restes à charge financiers importants pour les résidents, proches de 2000 € avant ASH ou proches de 1800 € après ASH pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Les différences de restes à charge sont d'ailleurs assez minimes entre résidents au regard de leur degré de dépendance, du fait du tarif d'hébergement quasiment constant et du tarif de dépendance qui tient une place insuffisamment discriminante pour compenser la constance du tarif d'hébergement.

L'expérimentation de la réforme de la tarification des EHPAD

Une tarification des prestations en EHPAD complexe et coûteuse

Le système actuel de tarification des EHPAD est source de complexités et de coûts qui apparaissent de moins en moins justifiés.

La répartition de la tarification distinguant le coût des soins et celui de la dépendance perd, en effet, de sa pertinence compte tenu de l'évolution du profil des résidents dont la prise en charge tend à estomper cette distinction. La frontière apparaît d'autant moins claire que le financement de la section « soins » est, comme celui de la section « dépendance », assis sur l'évaluation de la perte d'autonomie, et que la section « soins » intègre de plus en plus de charges relevant de la section « dépendance », notamment celles résultant des revalorisations salariales.

Il en résulte un défaut de lisibilité pour les résidents et leurs familles. Par ailleurs, ce mode de financement génère des coûts de gestion importants pour les établissements et des inégalités entre eux du forfait dépendance selon les départements.

Une réforme de la tarification des EHPAD à titre expérimental

À titre expérimental, pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2025, en application de l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024, un régime adapté de financement des EHPAD est donc mis en place dans vingt-trois départements volontaires recouvrant 1466 EHPAD, soit un cinquième de leur nombre total.

Dans le nouveau régime expérimental de tarification, les charges couvertes par les forfaits globaux relatifs aux soins et à la dépendance sont financées par un forfait global unique. Ce dernier prend notamment en compte le niveau moyen de dépendance et les besoins en soins requis résultant d'une évaluation de la perte d'autonomie des résidents à l'aide de la grille nationale AGGIR.

Le forfait global unique peut en outre :

- Inclure des financements complémentaires pour les établissements couverts par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), prévoyant des modalités d'accueil particulières, ou assurant une mission de mutualisation territoriale des ressources ;
- Tenir compte de l'activité réalisée, de l'atteinte des objectifs du CPOM, ainsi que de l'existence de surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement ;
- Financer des actions de prévention ou des mesures de revalorisation salariale des personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs journaliers afférents à l'hébergement.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé fixe chaque année le montant du forfait global unique versé à l'établissement, en application de l'article 79-1-F de la LFSS pour 2024, par l'organisme payeur de l'assurance maladie, en tenant compte des participations journalières à la charge des résidents, qui ont trait aux dépenses d'entretien de l'autonomie et d'hébergement.

Chaque département participant à l'expérimentation reverse chaque année à l'État ou à la sécurité sociale la somme correspondant au transfert de charges résultant, au profit du département, de la mise en œuvre de ce régime.

Cette somme peut être imputée en tout ou partie sur le montant du concours versé au département par la CNSA pour couvrir une partie du coût de l'APA.

Chaque département participant à l'expérimentation transmet à la CNSA les informations nécessaires, ainsi que l'ensemble des données utilisées dans le cadre du régime antérieur, pour fixer le montant des forfaits globaux par établissement.

Conclusion

Le système de financement des EHPAD se heurte à des difficultés croissantes.

L'augmentation du déficit financier des EHPAD, nécessite d'améliorer les conditions de travail de leur personnel, notamment par le relèvement du ratio d'encadrement des résidents et reste à charge financier difficilement supportable imposé à ces derniers et à leur famille. Ils forment les termes d'une équation financière qui se complique ces dernières années avec l'accueil d'une population plus âgée et plus dépendante, nécessitant plus d'accueil en établissement et moins de maintien à domicile, alors que les marges de manœuvre de nos finances publiques sont inexistantes.

Cette nécessité devrait imposer de rechercher des économies budgétaires au sein de notre système de protection sociale dont les dépenses représentent 32,2 % du Produit Intérieur Brut, contre une moyenne européenne de 27 %.

EHPAD

Le tarif différencié : Un jeu d'équilibriste entre liberté, accessibilité et responsabilité ?

Qu'appelle-t-on le « tarif différencié » ? Les EHPAD totalement ou majoritairement habilités à recevoir des personnes bénéficiaires de l'Aide Sociale, ont la possibilité de fixer eux-mêmes, sous certaines conditions, le tarif hébergement des résidents non bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Ce mécanisme, déjà existant, est relancé, simplifié et précisé par la loi « Bien vieillir » du 8 avril 2024^[1]. Elle entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2025.

Dans un contexte de fortes difficultés financières^[2] pour les EHPAD, de plus en plus d'établissements et de Conseils départementaux s'engagent dans cette voie depuis plusieurs mois.

Que dit la réglementation actuellement en vigueur ? Quels sont les principes retenus par la récente loi ? Quelles sont les difficultés et quelles sont les opportunités de la mise en œuvre du tarif différencié ?

Cet article répond à ces questions et propose quelques pistes de réflexion sur la base de constats opérationnels réalisés par ses auteurs.

Qu'en est-il de la réglementation actuellement en vigueur ?

En introduction, rappelons que, dans un EHPAD, l'Aide Sociale est une prestation délivrée par le Conseil départemental pour aider la personne âgée :

- À acquitter son tarif hébergement ;
- À acquitter la partie de son tarif dépendance censée rester à sa charge, appelée ticket modérateur. (L'autre partie du tarif dépendance du résident est déjà prise en charge par le département via l'APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie).

L'Aide Sociale est attribuée sous conditions de ressources, étudiées par les services du Département.

Pour les EHPAD habilités totalement ou majoritairement à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale, les tarifs hébergement des lits habilités sont arrêtés par le président du Conseil départemental. Les modalités d'évolution sont fixées dans le CPOM. Les tarifs peuvent être modulés en tenant compte, par exemple, de la localisation et du confort de la chambre ou du nombre de lits par chambre.

Les tarifs d'un lit habilité à l'Aide Sociale sont inférieurs à ceux d'un lit non habilité, afin de garantir l'accessibilité des EHPAD au plus grand nombre.

À titre d'illustration, en 2023, le prix journalier moyen d'un lit d'hébergement permanent s'établissait à 63,50 euros pour une chambre seule habilitée à l'aide sociale, et à 95,60 euros pour une chambre seule non habilitée^[3], soit une différence significative de 963 euros/mois.

^[1] Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

^[2] En 2022, 64,5 % des EHPAD publics étaient en déficit, pour 54,3 % des EHPAD privés non lucratifs, source CNSA.

Aujourd'hui un EHPAD habilité à l'Aide Sociale à 100 %, doit proposer les mêmes tarifs hébergement à tous les résidents, que ces derniers soient ou non bénéficiaire de l'Aide Sociale.

Deux constats mènent actuellement au développement du tarif différencié :

- Les difficultés financières des EHPAD ;
- La part minoritaire de résidents bénéficiaires de l'Aide Sociale au sein des EHPAD pourtant 100 % ou majoritairement habilités. (25 %, source ANAP).

Le principe du tarif différencié repose donc sur l'hypothèse suivante : un certain nombre de résidents, présents dans les établissements habilités à l'Aide Sociale, et acquittant actuellement, sans aide du Département, leur tarif hébergement, pourrait régler un tarif hébergement plus élevé. Ce qui représenterait une source de financements supplémentaires pour les EHPAD.

Si, exposé en ces termes, il serait tentant de se réjouir - CQFD ! - il faut se pencher précisément sur les conditions de mises en œuvre du tarif différencié pour évaluer son opportunité.

Une liberté tarifaire encadrée afin de protéger les bénéficiaires de l'Aide Sociale

Si la situation financière des EHPAD amène ces derniers à se tourner vers le tarif différencié, le législateur rappelle que cette relative liberté tarifaire ne devra pas se faire aux dépens des bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Pour cela, deux paramètres sont encadrés :

- Les tarifs hébergement, et plus précisément l'écart entre le tarif Aide Sociale et le tarif différencié (ou tarif hébergement fixé par l'établissement pour les non bénéficiaires de l'Aide Sociale) ;
- Le nombre de personnes bénéficiaires de l'Aide Sociale admises dans l'établissement.

Concernant les tarifs, la loi du 8 avril 2024 rappelle la possibilité d'un écart entre les tarifs pris en charge par la prestation d'Aide Sociale départementale, et ceux fixés par l'établissement, les tarifs différenciés.

Cet écart ne pourra excéder un taux fixé par décret, aujourd'hui en attente de publication.

Chaque département pourra « *pour tous les établissements habilités à l'aide sociale ou pour une partie d'entre eux, fixer cet écart à un taux moins élevé afin de maintenir une offre d'hébergement accessible* ».

Par ailleurs, la loi rappelle que tous les tarifs, qu'ils soient ou non habilités, porteront sur un même niveau de garantie en ce qui concerne les prestations couvertes.

Qu'en est-il dans la réalité jusqu'à présent ?

On peut observer dans certains départements des taux d'écart allant de 10 à 15 %. Les pratiques sont disparates, et illustrent bien l'enjeu et la difficulté du sujet : donner aux EHPAD une réelle souplesse tarifaire afin de dégager de nouvelles sources de financement, en conservant une accessibilité financière pour ceux qui en ont besoin.

Concernant le nombre de personnes bénéficiaires de l'Aide Sociale dans l'établissement, la loi prévoit que des objectifs de nombre d'admissions minimum de bénéficiaires de l'Aide Sociale pourront être imposés par le Département.

Par ailleurs, les établissements optant pour ce nouveau dispositif devront transmettre, avant le 31 mars de chaque année, « *un état des demandes reçues et des admissions prononcées au cours de l'exercice précédent ainsi qu'un état du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale accueillis* ».

La loi précise sur ce point qu'un taux maximum de diminution du nombre de personnes bénéficiaires admises dans l'établissement devra être décidé (décret en attente). Au-delà de ce taux, le maintien de ce régime tarifaire sera conditionné à de nouveaux échanges avec le département.

^[3] Source : CNSA, janvier 2024.

Qu'en est-il des autres conditions pratiques de mise en œuvre ?

La loi « Bien vieillir » du 8 avril dernier prévoit une simplification du passage au tarif différencié : là où jusqu'à présent une convention d'aide sociale devait être signée entre l'EHPAD et le département, il sera possible, à compter du 1^{er} janvier 2025, d'opter pour le tarif différencié après une simple information du département.

Par ailleurs, les tarifs applicables aux non bénéficiaires de l'aide sociale seront revalorisés chaque année, dans la limite du taux réglementaire défini annuellement dans les conditions prévues par l'article L.342-3 du CASF, sous réserve que l'écart avec les tarifs « aide sociale » n'excède par l'écart maximal mentionné plus haut.

Enfin, la loi précise que les tarifs différenciés ne seront applicables qu'aux résidents accueillis à compter du 1^{er} janvier 2025.

La question des règles d'application des nouveaux tarifs devra aussi être homogénéisée au regard notamment des pratiques qui ont pu exister avant la loi du 8 avril. Cette dernière précise justement, que seuls les nouveaux entrants dans l'EHPAD seront soumis à ces nouveaux tarifs, à compter du 1^{er} janvier 2025.

Le tarif différencié, une option à étudier au cas par cas

Le développement du tarif différencié peut être un levier intéressant dans le contexte financier que nous connaissons pour les EHPAD. Un de ses atouts majeurs réside dans le fait qu'il permet de conserver l'éligibilité aux subventions publiques tels que les plans d'aide à l'investissement (P.A.I.). En effet, l'établissement optant pour ce régime tarifaire est toujours considéré comme étant totalement ou majoritairement habilité à l'Aide Sociale. Sur le papier, le tarif différencié représente donc une réelle opportunité pour un EHPAD souhaitant améliorer sa situation financière.

Dans la pratique, les établissements doivent être vigilants sur plusieurs points.

En premier lieu, une attention particulière doit être portée sur la recherche du bon niveau de tarif différencié (ou tarif hébergement non habilité). Ce dernier doit être en phase avec la population du territoire et les pratiques tarifaires des EHPAD avoisinants.

En effet, le risque est de voir le taux d'occupation baisser si le tarif retenu est trop élevé, et donc d'avoir l'effet inverse de celui recherché sur les recettes hébergement.

Il convient aussi de déterminer la proportion des places restant habilitées à l'Aide Sociale, et celles dédiées aux tarifs différenciés. Une incertitude demeure quant à la possibilité d'une porosité entre ces deux types de places. Si l'établissement constate qu'il y a davantage de demandes d'admissions de la part de bénéficiaires de l'Aide Sociale que de nombre de places définies comme restant habilitées, peut-il y répondre favorablement ? Et inversement ?

Le tarif différencié, une nouvelle responsabilité !

Enfin, les établissements devront établir des projections budgétaires sur la base de plusieurs niveaux de tarifs et de profils de résidents différents. Quel sera le taux de rotation des places de l'EHPAD, et pour quel type de tarif ? L'EHPAD devra bâtir ses projections de recettes sur la base de nouveaux paramètres. Jusqu'à présent, pour les EHPAD totalement habilités à l'Aide Sociale, c'est le Conseil départemental qui calculait les recettes hébergement prévisionnelles sur la base du tarif imposé par lui et d'un taux d'occupation convenu avec l'établissement.

La mise en œuvre du tarif différencié dans un établissement rimera aussi et surtout avec de nouvelles responsabilités pour les gestionnaires d'EHPAD.

Note de l'éditeur

Les EHPAD gérés par des organismes à but non lucratif devront prendre attention, pour leur part, à ne pas trop se rapprocher des tarifs hébergement pratiqués par des EHPAD privés commerciaux et fiscalisés aux impôts du commerce, au risque à défaut de compromettre leur propre non-lucrativité fiscale, et de risquer un redressement fiscal susceptible de compromettre leur pérennité.

ACHATS

Les établissements sociaux et médico-sociaux ne sont pas des pouvoirs adjudicateurs au sens du Code de la commande publique et de l'article L.1211-1 2° de ce même code

Le Conseil d'État a rendu un avis clarifiant si un établissement social ou médico-social (ESMS) peut être considéré comme un pouvoir adjudicateur, c'est-à-dire soumis aux règles de la commande publique. Il a précisé que les contrôles externes, comme ceux liés aux finances ou à la conformité, ne suffisent pas à établir une dépendance vis-à-vis des pouvoirs publics.

Référence : Conseil d'État, 11 avril 2024, n°498440.

Le Conseil d'État a rendu au début du mois d'avril un avis important pour la théorie générale de la commande publique pour la définition des procédures à respecter pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Il avait été saisi dans le cadre de l'application de l'article L.113-1 du Code de justice administrative, pour avis après que la Cour administrative d'appel de Bordeaux à connaître d'une décision soulevant la question de savoir si un établissement social ou médico-social peut être qualifié de pouvoir adjudicateur au sens de l'article L. 1211-1 2°. La question était d'importance, puisqu'elle renvoyait à la définition même de cette catégorie particulière de pouvoir adjudicateur *que sont « les personnes morales de droit privé qui ont été créées pour satisfaire spécifiquement des besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel ou commercial, dont : / a) Soit l'activité est financée majoritairement par un pouvoir adjudicateur ; / b) Soit la gestion est soumise à un contrôle par un pouvoir adjudicateur ; / c) Soit l'organe d'administration, de direction ou de surveillance est composé de membres dont plus de la moitié sont désignés par un pouvoir adjudicateur ».*

La région Nouvelle-Aquitaine avait en effet considéré que la réglementation propre au pouvoir adjudicateur, et notamment l'application du Code de la commande publique, n'avait pas été respectée par l'APAJH 86, empêchant que celle-ci puisse prétendre à l'attribution d'une subvention destinée à financer des travaux de chauffage au sein de sa structure. L'établissement, personne morale de droit privé, contestait que l'on puisse la considérer comme une personne privée qualifiée de pouvoir adjudicateur du fait du contrôle opéré par un pouvoir adjudicateur sur son propre fonctionnement. Il ne s'agissait donc ni plus ni moins que d'analyser la réalité de ce qui était couvert par l'article L. 1211-1 2°, et plus précisément, de cerner la notion même de dépendance étroite d'un pouvoir adjudicateur. L'avis revient ici sur la subtile distinction entre ce qui relève de l'encadrement normatif et ce qui constitue une réelle dépendance. Il s'agissait ici plus précisément de définir le contrôle conduisant à la dépendance. Le Conseil d'État reprend alors l'analyse arrêtée par la CJUE (CJCE 27 février 2003, *Adolf Truley GmbH*, C-373/00, point 69) exigeant que le contrôle opéré entraîne une réelle influence des décisions de l'organisme en matière de marchés publics. Des contrôles comptables, des contrôles de

régularité ou de qualité (qui peuvent d'ailleurs relevés de champs de compétences particuliers comme celui de la police) ne suffisent donc pas à constater une situation de dépendance, empêchant dès lors de considérer qu'ils qualifient ainsi l'existence d'un pouvoir adjudicateur. La haute juridiction va ainsi établir comme nécessaire le contrôle actif de la gestion de l'organisme que les contrôles mis en œuvre par le Code de l'action sociale et des familles ne caractérisent pas.

Ainsi, le contrôle budgétaire, les contrôles techniques de conformité et la possibilité de nommer un administrateur provisoire en cas de dysfonctionnement (CASF, art. L.313-14). On notera que le Conseil d'État a expressément écarté comme constituant des situations de contrôle l'obligation de faire valider les emprunts d'une durée supérieure à un an (CASF, art. R.314-20), mais surtout l'existence d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) désormais obligatoire (CASF, art. L.313-11 et art. L.313-12-2). En effet, l'autonomie des ESMSS n'est pas remise en question puisque la capacité d'achat reste pour l'essentiel libre et que le CPOM constitue un outil stratégique ne remettant pas en question la liberté des ESMSS en matière d'attribution de marché. Cet avis constitue une étape importante dans la définition de l'action des ESMSS en distinguant le contrôle de régularité du contrôle actif, allégeant ainsi considérablement le cadre juridique des contrats de ceux-ci par le refus de leur voir attribuer la qualité de pouvoir adjudicateur.

ASE

Des questions de compétence juridictionnelle en partie réglées par la jurisprudence

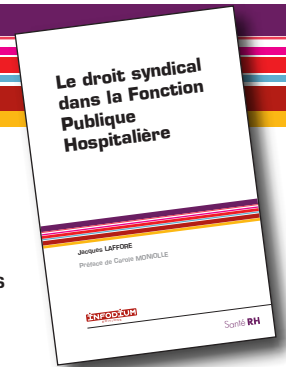
Le Tribunal administratif de Limoges confirme que la compétence judiciaire prime en matière d'aide sociale à l'enfance. À la suite du décès d'un enfant placé sous l'ASE, le tribunal juge que la décision de ne pas transférer l'enfant à l'hôpital relevait d'une mission judiciaire confiée à l'ASE par le juge des enfants, et non d'une action administrative.

Référence : Tribunal administratif de Limoges, 27 juin 2024, n° 2200846.

La mission de l'aide sociale à l'enfance constitue un formidable terreau propice à une discussion autour de la compétence juridictionnelle, notamment dans le cadre de l'application de la jurisprudence du tribunal des conflits *Préfet de la Guyane* de 1952. La décision du Tribunal administratif de Limoges précitée en constitue une belle illustration, en même temps qu'elle confirme le choix opéré par le juge des conflits de conforter la compétence judiciaire en matière d'aide sociale à l'enfance. La mère, dont l'enfant avait été placé par le juge des enfants auprès de l'ASE, a demandé que la responsabilité de celle-ci ne soit engagée à la suite du décès de son enfant, des suites d'un transfert tardif de celui-ci à l'hôpital. La question qui se trouvait ainsi posée au Tribunal administratif était celle de savoir dans quel cadre celui-ci était intervenu, il fallait donc caractériser ici une mission relevant d'une action administrative ou d'une action judiciaire. La réponse du tribunal est plus simple puisque celui-ci considérera que la décision de ne pas faire transférer l'enfant vers l'hôpital s'inscrivait dans l'exercice de la mission qui avait été confiée par le juge judiciaire à l'institution médico-sociale. L'article 375 du Code civil prévoit en effet que le juge judiciaire est compétent pour mettre en œuvre des mesures d'assistance éducative, dont le placement auprès des services de l'ASE. Ceux-ci se trouvent alors en charge d'une mission qui leur

est transférée par acte judiciaire. Indépendamment de la qualité du foyer d'accueil, personne publique ou personne privée, c'est bien l'exercice de l'assistance éducative qui est ici caractérisé, et donc la nécessaire participation de la fonction judiciaire. En effet, le juge retient que la décision de placement constitue un transfert de compétences opérationnelles, conduisant essentiellement à organiser, contrôler et diriger la vie du mineur. En conséquence, tout manquement dans cette mission conduira nécessairement à la mise en œuvre de la responsabilité de l'État dans le cadre de l'accomplissement de sa mission judiciaire. Plus simplement, la décision de ne pas transférer l'enfant malade vers un centre hospitalier constitue la mise en œuvre de cette mission judiciaire dont elle est indissociable.

Le raisonnement suivi ici par le Tribunal administratif reprend la distinction opérée depuis longtemps par le Tribunal des conflits en matière de contentieux de la justice. Si l'on écarte la question particulière du contrôle des décisions de justice par le biais de la dévolution de l'appel, la règle est posée par la décision *Préfet de la Guyane* précitée, utilement complétée par la décision *Hoarau* (TC 2015, *Hoarau*), que relèvent de la compétence judiciaire le contrôle des actes rattachables à l'exercice de la fonction juridictionnelle judiciaire. Le Tribunal administratif de Limoges s'insère donc dans la suite des décisions prises récemment par le Tribunal des conflits en la matière. Le Tribunal des conflits a considéré que les carences dans l'accompagnement administratif d'un enfant leur étant confié (Tribunal des conflits, 15 mai 2023, *M. Seidy C. c/ Département de la Seine-Saint-Denis*, n° 4272), tout comme la faute dans la décision de procéder à une mesure d'assistance éducative (Tribunal des conflits, 11 mars 2024, n° 4300) étaient dans tous les cas indissociables de la mission d'aide sociale à l'enfance, en soi une mesure d'exécution ou le principe originel. Les principes posés par les deux décisions de conflit semblent donc pleinement acquis pour les juridictions du fond.



Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière

Le nouvel ouvrage de référence pour bien comprendre le régime du droit syndical applicable dans la FPH et ses évolutions récentes. A partir de l'ensemble des textes en vigueur et des décisions de jurisprudence.

Par Jacques LAFFORE - Préface de Carole Moniolle

BON DE COMMANDE

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière</i> » par Jacques Laffore, 350 pages (ISBN 978-2-9559203-7-4) TVA : 5,5 % Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	HT	TTC
	71,09	75,00
	5,00	6,00
Total		

Mme, Mlle, M.
 Nom : Prénom :
 Établissement :
 Fonction :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : Fax :
 E-mail :

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM. Je recevrai une facture justificative.
 A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

CONTENTIEUX DISCIPLINAIRE

Vers une compétence du juge judiciaire en matière de contentieux disciplinaire des instituts de formation des aides-soignants

Le Conseil d'État confirme que le contentieux disciplinaire des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) privés relève du juge judiciaire, même si ces établissements participent à une mission de service public.

Référence : Conseil d'État, 24 juillet 2024, n°492525.

La multiplication des organismes de formation, autant publics que privés, à destination des aides-soignants ou des infirmiers augmente le risque de voir se développer le contentieux disciplinaire des élèves, notamment au regard du taux d'attrition alarmant rencontré dans ses spécialités. Une récente décision du Conseil d'État, concernant un institut de formation des infirmiers, confirme de façon claire les règles de compétence existantes en la matière. L'affaire était assez simple puisqu'un étudiant avait accumulé lors du premier semestre de sa formation un nombre d'absences injustifiées impressionnant, caractérisant l'irrespect manifeste du règlement intérieur de l'IFSI privé dont il relevait. Une procédure disciplinaire ayant été engagée, il fut décidé de son exclusion pour une durée de 18 mois. Le jeune homme introduit alors une contestation au fond doublé d'un référé-suspension ; cette seconde procédure fit l'objet d'un rejet pour incompétence, question que le Conseil d'État a eue à trancher en cassation. Le Conseil d'État a pu à cette occasion actualiser l'état du droit en rejetant l'idée que la participation à une mission de service public entraînait nécessairement la qualification administrative des actes y étant rattachés. Il ne remet pas en question le fait que la formation des personnels de santé est une mission de service public relevant autant de la formation continue que du système de l'enseignement supérieur. Elle est susceptible cependant d'être exercée aussi bien par des personnes publiques que par des personnes privées. En conséquence, la détermination du régime de leurs actes ne saurait relever d'une simple lecture organique, à l'image de la *jurisprudence Caisse primaire Aide et protection* de 1938 qui exige que, pour que soit reconnue la qualité d'actes administratifs aux actes de personnes privées en charge d'une mission de service public, encore faut-il que ceux-ci s'insèrent dans un contexte de prérogatives de puissance publique. C'est ici le raisonnement qui sera repris par le juge qui a déjà admis que les écoles de commerce consulaires, organismes de droit privé, relevaient dans leur fonctionnement du juge judiciaire, sauf dans le cas particulier de la délivrance des diplômes (CE 3 avril 2024, *M. de Lapeyrière*, n° 468768). Le même juge administratif a rejeté sa compétence pour le contentieux disciplinaire des établissements scolaires participant au service public. Il a donc sans difficulté appliqué ce raisonnement au cas particulier des IFSI dont le contentieux disciplinaire, lorsqu'il émane d'organismes de droit privé relève de la compétence du juge judiciaire. Et cela, même si la sanction prononcée conduit à restreindre l'accès à l'enseignement supérieur (dans l'affaire, la sanction conduisait *in fine* à empêcher d'entrer en formation dans n'importe quel institut pendant 18 mois).

Reprenant un raisonnement appliqué dans les situations de délégation de service public, cette décision semble constituer une référence en matière de contentieux disciplinaire et devra probablement s'appliquer à toutes les situations de formation et notamment aux IFAS.

PRESTATIONS SOCIALES

Réflexion menée par le Conseil constitutionnel sur l'éventuelle reconnaissance d'un droit de la protection sociale des étrangers

Le Conseil constitutionnel vient de rejeter une proposition de loi visant à imposer cinq ans de résidence aux étrangers (hors UE) pour accéder à certaines prestations sociales. Il a jugé que cette condition portait une atteinte disproportionnée aux droits fondamentaux garantis par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946.

Référence : Conseil constitutionnel, 11 avril 2024, *Proposition de loi visant à réformer l'accès aux prestations sociales des étrangers*, n° 2024-6 RIP.

Le Conseil constitutionnel a été saisi d'une proposition de loi destinée à réformer l'accès des étrangers aux prestations sociales. Parmi les cinq articles du projet, le premier instituait une condition de durée minimale de résidence régulière sur le territoire national ou d'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle pour l'accès des ressortissants étrangers (hors Union européenne) à certaines prestations sociales. La réponse du Conseil constitutionnel a entraîné bon nombre de commentaires. En effet, pour la première fois, le Conseil constitutionnel invalide un texte du fait de sa contrariété avec l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 qui garantit, en particulier, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ainsi que des moyens convenables d'existence à tout être humain qui se trouve dans l'incapacité de travailler en raison de son âge, de son état de santé ou de la situation économique. Cette garantie ne confère pour autant pas de droit à la protection sociale de même valeur que les droits et libertés fondamentales, mais impose aux pouvoirs publics l'obligation de mener une politique de solidarité dans les domaines de la santé, de la famille, de la vieillesse, des risques professionnels ou du chômage. Cette lecture, adoptée de longue date par le Conseil, dès une décision de 1987 (C.C., 15 décembre 2022, décisis. n° 2022-844 DC [§ 16]), est ici réitérée, comme elle le fut il y a peu en matière d'assurance chômage ou plus récemment de retraite (C.C., 14 avril 2023, décisis. n° 2023-849 DC). Bien plus, elle confirme l'idée d'un large pouvoir d'appréciation du législateur en la matière. Celui-ci est pleinement compétent pour fixer les règles d'accès et de séjour des étrangers sur le territoire national. Il lui appartient cependant de respecter les libertés et droits fondamentaux de valeur constitutionnelle reconnus à tous ceux qui résident sur le territoire de la République ; les étrangers jouissent enfin des droits à la protection sociale, dès lors qu'ils résident de manière stable et régulière sur le territoire français. Le principe de soumission du bénéficiaire d'une prestation sociale à résidence n'est donc pas en lui-même contestable, dès lors qu'il ne porte pas atteinte de façon disproportionnée aux droits et libertés posés par l'alinéa 11 du Préambule. Se pose cependant la question des conditions d'appréciation de ce qui pourrait constituer une atteinte disproportionnée. Cinq années de résidence apparaissent ici comme une exigence excessive constituant une atteinte aux libertés des personnes concernées.

On notera que quelques semaines plus tard, la CEDH a au contraire considéré que l'exigence d'une durée de résidence de cinq ans pour bénéficier des prestations ne pouvait être considérée comme excessive (CJUE (grande chambre), 29 juillet 2024, C-112/22 et C-223/22) ; la chose ne pose pas de difficulté en tant que telle et il est loisible au Conseil constitutionnel de se montrer plus protecteur envers les étrangers que ne pourrait l'être la CEDH. À l'inverse, en parallèle,

la Cour de cassation confirme le principe de la validité des clauses de résidence et donc du principe de territorialité des prestations sociales contributives (au sujet de l'assurance chômage, voir notamment la décision de la deuxième chambre civile du 27 juin 2024 n° 22-13.472, *M. Parpaite c/. Pôle emploi du Centre Val de Loire*), confirmative de l'arrêt de principe du 28 février 2018 (Chambre sociale, 28 février 2018, n°15 24-181). Les règles de conditionnement des prestations sociales ne sont donc pas uniformisées et ainsi clarifiées.

La question du conditionnement des prestations sociales n'est donc pas totalement réglée par le Conseil avec cette décision qui n'offre pas la définition d'un cadre strict à la délivrance de prestations sociales aux étrangers. En effet, le degré de liberté du législateur avancé par le Conseil empêche que l'on puisse établir une grille précise de ce qui peut être fait ou non en matière de définition du conditionnement du bénéfice des prestations sociales. Le recours à la nécessaire préservation du principe d'égalité, écarté du dispositif du Conseil constitutionnel, aurait été plus clair et efficace dès lors que seule une situation objectivement différente peut justifier le traitement différent. Avec cette décision, le Conseil affiche un souci de préservation des droits sociaux des étrangers sans se donner les moyens de leur protection. À plus ou moins long terme, la chose pourrait poser difficulté, dès lors que la simple volonté d'un législateur pourrait remettre en question le principe de l'attribution de certaines prestations et donc de certains financements. C'est regrettable.

AESH

La juridiction administrative se penche sur la question du recrutement des AESH

L'association des parents d'enfants déficients auditifs du Calvados est contrainte de licencier huit codeurs en langue française parlée complétée (LPC) en 2023 à cause de la perte de subventions.

Référence : Cour administrative d'appel de Nantes, 16 juillet 2024, *Association des parents d'élèves déficients auditifs du Calvados et autres*, n° 24NT00001.

L'association des parents d'enfants déficients auditifs du Calvados a employé huit codeurs professionnels en langue française parlée complétée afin d'accompagner dix-huit enfants déficients auditifs scolarisés en milieu ordinaire dans le département du Calvados et ce, jusqu'en juin 2023, lorsque la perte de subventions octroyées par la région de Normandie et ce département l'a contrainte à licencier les codeurs. Des AESH ont alors été recrutés par le rectorat, en même temps qu'ils se voyaient formés au codage. La Cour a alors jugé que l'État avait commis une illégalité en mettant à la disposition des enfants concernés, lors de la rentrée scolaire 2023-2024, des AESH qui n'étaient pas suffisamment formés à la pratique du codage LPC et elle a enjoint à la rectrice de l'académie de Normandie de mettre en place un accompagnement adéquat, pour les enfants concernés, dans un délai de deux mois à compter de la notification de son arrêt.

COMPTABILITÉ

La prise en compte des reports à nouveau et des réserves lors du renouvellement du CPOM des ESMS

Le décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023, publié en application de l'article L.313-12-2 du CASF, relatif au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, prévoit la possibilité pour l'autorité de tarification, de tenir compte de la part des reports à nouveau et réserves non justifiés par les conditions d'exploitation, lors de la fixation des produits de tarification des CPOM renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2025. L'application de cette disposition réglementaire n'est pas anodine et pose des problèmes pratiques, car elle n'est pas aussi simple que la brièveté du texte pourrait le laisser penser. La question de son applicabilité se pose même et pourrait expliquer pourquoi les modalités et conditions de mise en œuvre de ce décret, n'aient pas encore donné lieu à une instruction. Une telle disposition peut aussi être interprétée comme une remise en cause du principe de libre affectation des résultats, en ce qu'elle rend possible une reprise de réserves affectées antérieurement.

Afin de clarifier les contours de ce décret, cet article en propose une analyse. Après un rappel des termes précis du texte et une analyse de ses conséquences budgétaires et financières, des propositions seront formulées pour un bon usage de ce texte, sans risque d'affaiblir les ressources et le fonds de roulement des établissements, particulièrement dans un contexte où leur situation budgétaire et financière a été mise à mal par des conditions économiques récentes difficiles : crise sanitaire, hausse des coûts de l'énergie, tensions sur les recrutements pour en citer les principales.

Le décret : champ d'application, analyse et conséquences

L'article L.313-12-2 du CASF, relatif au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été modifié par la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022. Il stipule qu'à «...l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation résultant des obligations et objectifs fixés par le contrat...».

Le décret d'application du 29 décembre 2023 publié en application de cet article, concerne les EHPAD et établissements relevant du 6° de l'article L.312-1 du CASF ainsi que tous les établissements du secteur du handicap (2°, 3°, 5° et 7° du

l de l'article L.312-1 du CASF) de la compétence tarifaire du directeur de l'ARS ou du président du conseil départemental, et qui entrent dans le périmètre du CPOM. Le champ d'application de ce texte est donc très large. Il ne concerne cependant pas, les structures du secteur social financées par l'État (CHRS, ou CADA par exemple).

Reprenons point par point les dispositions du décret :

- Tout d'abord et on le comprend aisément, les reports à nouveau et réserves dont il est question, « (...) sont exclusivement ceux issus de produits de la tarification ou subventions versés à l'établissement ou au service, par l'État, l'agence régionale de santé, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, ou par les organismes de sécurité sociale ». C'est-à-dire les résultats et réserves sous contrôle de tiers financeurs, très majoritaires voire exclusifs dans les établissements publics.
- Le point central du texte réside dans la modulation tarifaire qu'il prévoit, et qui consiste à corriger le montant des recettes de tarification, sous-entendu en les minorant sur la durée du CPOM, car le texte indique bien dans son article 1^{er} « son impact sur les recettes de l'établissement ou du service ». Mais une telle disposition pose des problèmes d'application, car cela conduit à réduire les résultats et par conséquent la Capacité d'autofinancement CAF des établissements et services concernés, sans que cela soit lié à l'activité des exercices concernés, dans le seul but d'opérer des régularisations d'affectation de résultats passés. Cela remet en cause le principe comptable majeur d'image fidèle du compte de résultat, en introduisant un biais important dans l'analyse des résultats, et le diagnostic financier. Ce n'est satisfaisant ni pour les gestionnaires, ni pour leurs autorités de tarification, et présente le risque de fausser les dialogues de gestion sur un document clé du suivi des CPOM.

Par ailleurs, d'un strict point de vue comptable, les reports à nouveau excédentaires et réserves ne peuvent être diminués que par affectation de résultats. Il faudrait donc que la diminution des recettes de tarification occasionne un déficit correspondant au montant des réserves injustifiées, et/ou qu'elle donne lieu à un traitement particulier lors des écritures d'affectation de résultats, à l'instar de ce qui se peut se faire dans le cas du traitement des dépenses non opposables. Ceci impose de chiffrer et justifier avec précision le montant de cette modulation, son mode de calcul, sa destination et de l'annexer au contrat. Si tant est qu'elle soit possible, la mise en œuvre du dispositif est on le voit complexe dans la pratique.

- Le texte introduit deux éléments de souplesse d'application de la modulation tarifaire. Une limite tout d'abord, « ... son impact sur les recettes de l'établissement ou du service ne peut excéder sur la durée du nouveau contrat la moitié du montant des reports et réserves injustifiés », ce qui exclut une reprise totale. D'autre part « La modulation tarifaire peut porter de manière inégale sur les tarifs applicables à tout ou partie des années couvertes par le nouveau contrat », ce qui autorise une application prudente et au cas par cas, mais qui se heurte à l'écueil évoqué plus haut, d'une interprétation difficile et déconnectée des véritables résultats de gestion de la période.
- Une telle modulation doit par ailleurs être justifiée. Le texte précise qu'elle intervient pour « la part des reports à nouveau excédentaires ou des réserves figurant dans ses comptes dont le niveau n'est pas justifié par les conditions d'exploitation résultant des obligations et objectifs fixés par le contrat ». C'est le second point majeur de ce texte qui exige la définition de critères précis et sans ambiguïté qui ne sont pas énoncés. « La modulation tarifaire (...) est établie à partir d'une analyse de la situation financière de l'établissement ou du service fondée sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le dernier état réalisé des recettes et dépenses, et les documents comptables propres à l'établissement ou au service concerné. Elle tient compte du projet d'établissement (...) et, le cas échéant, du plan pluriannuel d'investissement en cours et à venir ». Le texte n'apporte pas de précision sur la nature des indicateurs qu'il convient de retenir pour une telle analyse, ni ne renvoie à un arrêté. L'opportunité de cette modulation et la fixation de son montant sont ainsi laissées à l'appréciation des autorités de tarification en lien avec les établissements et services dans le cadre de la négociation du contrat. Afin d'éviter des pratiques trop disparates et garantir une mise en œuvre uniforme,

^[1] Lorsque le bilan financier de trois exercices consécutifs établit que cette réserve est supérieure au niveau du BFR, une reprise de la différence (au maximum la plus haute) peut être effectuée avec l'accord du financeur, au profit de la réserve d'investissement.

^[2] De 3 % pour les établissements de grande taille, à 5 % pour les établissements de petite taille.

il apparaît essentiel que puissent être partagés, des critères et indicateurs communs incontournables, à enrichir suivant le contexte.

- L'article R.314-43-5 stipule que « *Lorsqu'il est fait application de la modulation tarifaire, une fraction du montant des réserves injustifiées de l'établissement ou du service est transférée au compte de réserve de compensation des déficits* ». Le texte ajoute que le montant de cette fraction ne peut excéder la moitié de ces réserves. Un article d'importance à double titre. D'une part les réserves injustifiées dont il est question sont les réserves autres que de compensation des déficits. D'autre part, si modulation tarifaire il y a, elle peut en somme se traduire par l'une et l'autre des modalités suivantes :

- Impact sur les recettes c'est-à-dire, une diminution de celles-ci, étalée librement sur la durée du contrat sans qu'elle puisse excéder 50 % du montant des reports à nouveau et réserves d'origine ;
- Transfert d'une part des réserves injustifiées vers la réserve de compensation des déficits, pour un montant qui ne peut excéder 50 % de ces réserves d'origine. Cette disposition n'a donc a priori pas pour effet de minorer les produits de tarification ni le niveau global des réserves, mais d'effectuer une réaffectation de ces dernières.

L'application de cette modulation tarifaire pourrait donc, car il s'agit là d'une interprétation, se traduire par une minoration des recettes de tarification pour la seule part du montant qui ne fait pas l'objet d'un transfert vers la réserve de compensation des déficits. Ce n'est là encore, pas d'application aisée.

Application du texte : analyse et propositions

Poser des critères d'application revient à répondre à la question suivante : Dans quel cas peut-on ou doit-on considérer que les réserves et reports à nouveau excédentaires sont de niveau injustifié ?

- La réserve de couverture du besoin en fonds de roulement, comme son nom le suggère, est à comparer au montant du BFR. Cette réserve peut être jugée excessive dès lors qu'elle dépasse de manière significative le montant d'un BFR normal, c'est-à-dire chiffré avec des délais normaux de rotation des stocks, créances et dettes d'exploitation. En cas d'excès de cette réserve, un mécanisme de recyclage existe déjà, prévu à l'article R.314-48 du CASF⁽¹⁾. C'est bien ce mécanisme qu'il convient d'appliquer exclusivement, qui permet un recyclage en réserve d'investissement de la part injustifiée de cette réserve. Il faut cependant être très prudent dans son application, car le BFR peut être sujet à variation en cours d'année d'une part et est aussi susceptible d'évoluer à la hausse lorsque l'activité augmente, et ce, même à délais de rotation normaux et constants. Il convient également de garder une marge raisonnable d'appréciation des délais de rotation, jusqu'à 40 jours par exemple pour les créances et dettes fournisseurs.
- La réserve de compensation des déficits est d'ores et déjà assez bien encadrée. Un taux de 3 à 5 % des produits courants, à apprécier en fonction de la taille de l'établissement⁽²⁾, est aujourd'hui considéré comme satisfaisant. Les incertitudes économiques peuvent conduire à dépasser ce taux mais on peut raisonnablement la juger d'un niveau excessif lorsqu'il est proche ou supérieur à 10 %. Comme pour la précédente réserve cependant, un niveau injustifié devrait plutôt qu'une reprise, inviter à une réaffectation vers la réserve d'investissement ou de compensation des charges d'amortissement.
- En ce qui concerne, les réserves de compensation des charges d'amortissement, elles sont par nature destinées à la compensation de charges d'amortissement d'acquisitions réalisées ou à venir d'équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité. Le diagnostic d'un montant injustifié de cette réserve est donc assez aisé, dès lors qu'elle ne correspondrait à aucun projet identifié. Il est toutefois assez fréquent que cette réserve demeure au bilan non parce qu'elle n'est pas justifiée mais parce qu'elle n'a tout simplement pas été reprise. L'écriture est en effet assez particulière car elle n'intervient qu'après mise en service des immobilisations concernées, et lors de l'affectation du résultat, que celui-ci soit excédentaire ou déficitaire.

- Enfin en ce qui concerne les réserves d'investissement, l'appréciation d'un niveau injustifié s'avère beaucoup plus délicat. Même en l'absence de projets d'investissements d'ampleur dans un établissement propriétaire d'immobilisations et disposant d'un FRI positif, le renforcement des réserves d'investissement reste nécessaire. Cette réserve participe à consolider les fonds propres de la structure et en est même l'une des seules possibilités. Les à-coups conjoncturels tels qu'on les a connus récemment (effets de la crise sanitaire, envolée du coût de l'énergie) imposent de laisser aux structures une assise financière à même d'en amortir les effets. Les investissements et les projets innovants imposent aussi une structure de haut de bilan solide. Il est de ce fait difficile de définir ce que serait un niveau excessif. Tout au plus cette réserve pourrait être jugée excessive lorsque son niveau est très supérieur au total des immobilisations brutes récentes, ou lorsque les conditions de fonctionnement de l'établissement ne nécessitent pas la propriété d'un patrimoine immobilier ou amèneraient à le réduire.
- Enfin, l'analyse du caractère injustifié des reports à nouveau excédentaires renvoie à celle faite ci-dessus des réserves qu'ils ont vocation à rejoindre.

Il est dans tous les cas prudent de vérifier le caractère structurel du dépassement constaté, en l'établissant sur une période d'au moins deux ans.

Conclusion

L'objectif, les effets et les modalités de mise en œuvre de ce décret peuvent à juste titre interroger voire inquiéter les gestionnaires d'établissements. En l'absence de critères clairs, il est complexe d'estimer le nombre d'établissements et de services impactés. Cependant, cette analyse révèle une mise en application difficile et un risque de biaiser les équilibres budgétaires d'un CPOM et leur analyse. Il ne devrait dès lors s'appliquer qu'à des cas très exceptionnels et ne concerner que des établissements pour lesquels les équilibres financiers sont excessivement favorables, par exemple ceux dont les conditions de fonctionnement ne justifient pas un niveau élevé de fonds de roulement d'investissement, ou n'ayant structurellement pas de besoin en fonds de roulement.

Il est nettement préférable et plus vertueux pour les gestionnaires et les autorités de tarification, de répartir différemment les réserves déjà constituées et présentes, plutôt que de viser à les diminuer par une réduction des recettes. On doit ainsi permettre une correction dans la répartition et l'équilibre de ces réserves en autorisant le basculement de réserves d'investissement ou de couverture du BFR vers la réserve de compensation des déficits, ou même l'inverse, lorsque celles-ci se situent à un niveau faible ou très inférieur aux recommandations rappelées ci-dessus.

Ce texte a néanmoins pour mérite d'inviter à formaliser des règles de bonne pratique en matière d'affectation des résultats. Gageons que l'instruction apportera les précisions attendues pour en délimiter les cas précis, son champ d'application et contribuer à guider les gestionnaires et les autorités de tarification dans le suivi et le traitement de leurs résultats, au-delà de l'instrument dont il est sans doute à l'origine, de régulation par les autorités de tarification des ressources allouées aux établissements et services.

COUR DES COMPTES

Les recommandations de la Cour des comptes en cas de maladie, de perte d'autonomie ou de handicap des personnes âgées

En cas de maladie, de perte d'autonomie ou de handicap, plusieurs solutions s'offrent aux personnes âgées comme les services de soins à domicile, l'accompagnement en cas de handicap et le placement en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. Dans trois rapports, la Cour des comptes a examiné chaque solution en l'assortissant de recommandations pour améliorer la gestion.

Les services de soins à domicile^[1]

Depuis 40 ans, la population française a vieilli, et l'on observe une accélération de ce vieillissement en raison de l'avancée en âge des « *baby-boomers* » : selon l'INSEE, 20 % de la population avait 75 ans ou plus en 2019, contre 13 % en 1975. À ces âges marqués par la prévalence de la perte d'autonomie, le maintien à domicile plutôt que le placement en institution suppose de développer une offre domiciliaire au plus près des besoins, en s'assurant notamment de son équité territoriale. Le développement d'une société plus inclusive exige une même évolution de l'offre faite aux personnes en situation de handicap.

Le rapport s'intéresse à quatre catégories de services :

- Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ;
- Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) ;
- Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) ;
- Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).

Un virage domiciliaire encore peu abouti

Depuis 2005, les pouvoirs publics français privilégient le « virage domiciliaire », en réponse aux souhaits d'une part grandissante de la population, qui risque - à court ou moyen terme - d'être confrontée à une perte d'autonomie, et aux attentes des personnes en situation de handicap. Malgré un discours volontariste et le déploiement de plans nationaux visant à renforcer les services de soins et d'accompagnement à domicile, la part des places d'hébergement en institution reste majoritaire. De ce fait, l'offre globale est marquée par un déséquilibre entre les établissements et les services, sans réduction nette des inégalités territoriales, et sans garantie d'un accompagnement adapté à la situation individuelle des patients.

^[1] Mis en ligne le 2 janvier 2022, le texte du rapport peut être consulté à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-services-de-soins-domicile>.

Les services de soins à domicile : outil pertinent d'un parcours de soins gradué

L'action des services de soins à domicile est un élément important de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Pourtant, près de 40 ans après leur création, les indicateurs mis en place pour en mesurer l'activité restent purement quantitatifs, sans rendre compte ni de la qualité ni de l'intensité des soins.

S'agissant de l'organisation des services, la Cour considère qu'elle doit être améliorée et gagner en transparence.

L'évolution des modalités d'évaluation devrait permettre de renforcer la démarche qualité des services. Cependant, cela ne doit pas exclure un renforcement des contrôles exercés par les pouvoirs publics.

Une régulation de ces services à inscrire dans une programmation globale et territorialisée de l'ensemble des soins

Selon la Cour des comptes, le débat récurrent entre la projection des établissements hors les murs et le développement des services est dépourvu de sens, car le sujet central est de faire tomber - de manière effective - le cloisonnement entre domicile et hébergement collectif.

L'organisation de ces nouveaux modes de prise en charge s'inscrit dans une programmation de l'offre qui doit être réalisée au plus près des bassins de vie des usagers, et qui doit être accompagnée par les autorités de contrôle et de tarification pour créer les conditions d'un parcours de soins des personnes âgées dépendantes et en situation de handicap.

La tarification des services de soins se fonde encore actuellement sur des dotations globales « historiques », et doit évoluer, notamment pour prendre en compte le degré de dépendance des patients. La réforme du financement, longtemps repoussée, doit désormais aboutir rapidement, en valorisant les actions de coordination des intervenants auprès de la personne et en tenant compte des besoins en soins des patients.

Enfin, la question de l'attractivité des métiers des services de soins à domicile se pose particulièrement pour les aides-soignants. Au-delà de la revalorisation des rémunérations, la Cour appelle à mener une réflexion sur les modes d'organisation du travail et sur une amplification de la promotion interne, qui offriraient des perspectives de carrière à ces professionnels. Pour remédier à l'ensemble de ces insuffisances, le présent rapport formule six recommandations :

1. Modifier la réglementation afin d'élargir l'accès aux données de Resid-ESMS aux directions d'administration centrale chargées d'élaborer la programmation, à la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) et à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), afin de permettre leur appariement aux bases de données sur l'autonomie, et autoriser l'accès aux résultats de l'exploitation de ces données pour chaque structure, aux ARS et aux gestionnaires, dans le cadre de l'élaboration des CPOM (Ministère des Solidarités et de la Santé).
2. Vérifier la mise en place effective d'un recueil des réclamations des usagers, des déclarations des événements indésirables graves et de contrôles internes et externes de la bientraitance (Agences régionales de santé).
3. Compléter les indicateurs existants afin de mieux mesurer l'activité des services de soins et normaliser les comptes rendus transmis aux ARS (Ministère des Solidarités et de la Santé et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).
4. Introduire, dans les contrats entre le ministère et les ARS, un objectif quantifié relatif au développement des coordinations territoriales entre les établissements et services médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé exerçant dans des structures d'exercice coordonné ainsi que les moyens afférents (Ministère des Solidarités et de la Santé).
5. Mettre en place un financement des services de soins à domicile adapté à la sévérité des prises en charge, avec une révision régulière de la mesure de la dépendance dans le cas des personnes âgées selon un processus d'accord tacite, qui intègre un volet lié à leur performance et tienne compte des temps de coordination nécessaires à l'efficacité de leur fonctionnement (Ministère des Solidarités et de la Santé et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

6. Faciliter les perspectives de carrières des aides-soignants, notamment l'accès à la profession d'infirmier, et inciter à un aménagement de leurs modalités d'emploi tel qu'il réduise les temps partiels subis (Ministère des Solidarités et de la Santé).

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes^[2]

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) de plus de 50 ans a augmenté de 55 % entre 2011 et 2019. Pour autant, cette évolution démographique n'a pas été anticipée par les pouvoirs publics et ses conséquences sur les besoins en établissements et en services spécifiques n'ont pas été prises en compte. Le rapport de la Cour des comptes a pour objet d'étudier les conséquences de ce phénomène démographique majeur, insuffisamment appréhendé par les pouvoirs publics.

Des profils différents selon les handicaps

Selon les données de l'IRDES, il existe en France 9,7 millions de personnes atteintes de limitations motrices et 3,5 millions avec des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs. Parmi celles qui ont plus de 60 ans, à la croisée des secteurs du handicap et du grand âge, il n'est pas possible de distinguer les personnes en situation de handicap vieillissantes. Le travail que la Cour a mené sur les données des maisons départementales des personnes handicapées a permis d'identifier deux profils principaux de demandeurs aux besoins sensiblement différents :

- Les personnes atteintes de déficiences motrices, viscérales et sensorielles qui représentent une majorité de situations de handicap acquis en cours de vie, après 50 ans. Ces personnes sont plus souvent capables de travailler et demandent plus souvent une reconnaissance de travailleur handicapé ;
- Les personnes présentant des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs, qui sont plus éloignées du monde du travail et auront davantage besoin d'une allocation aux adultes handicapés (AAH) ou d'une orientation en établissement ou service médico-social.

Des besoins partiellement satisfaits en matière d'accès aux soins et d'accompagnement social et médico-social

Les personnes en situation de handicap vieillissantes ont significativement moins accès aux soins que la population générale et si la prestation de compensation du handicap (PCH) joue un rôle important, elle ne couvre pas tous les besoins d'accompagnement.

La Cour note que les services d'accompagnement à domicile auxquels accèdent effectivement 41 % des demandeurs seulement sont en forte tension.

La situation est également tendue pour l'accès aux établissements pour les personnes en situation de handicap. La probabilité pour les demandeurs d'y être admis n'est que de 65 %, tous âges confondus.

Cet accompagnement insuffisant conjugué à des difficultés d'accès aux soins, explique que le vieillissement des personnes en situation de handicap soit dégradé par rapport à la population générale. Des nuances doivent néanmoins être apportées à ce constat, tant les parcours se révèlent variés.

De fréquentes ruptures de parcours

Près de 90 % des personnes en situation de handicap vieillissantes vivent dans un domicile autonome et sont pour la plupart non accompagnées. Leurs besoins portent, à la fois, sur l'adaptation de leur logement, mais aussi, sur l'accès à une aide humaine. Pour limiter les situations de crise, l'offre de soutien à domicile doit être étoffée, diversifiée, coordonnée et associée à des procédures de repérage systématique. À l'exception des personnes vivant en foyer d'hébergement, les personnes accueillies en établissements pour personnes handicapées bénéficient, en principe, de plus de stabilité.

^[2] Mis en ligne le 13 septembre 2023, le texte du rapport peut être téléchargé à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/laccompagnement-des-personnes-en-situation-de-handicap-vieillissantes>.

Le parcours des personnes présentant une déficience psychique ou un handicap neurologique lourd se heurte particulièrement à la très nette insuffisance d'offre médico-sociale adaptée, conduisant à des situations d'exclusion sociale, à des hospitalisations de longue durée inappropriées et à des sorties vers des établissements inadaptés. Les tensions dans le secteur médico-social trouvent une résolution au moins partielle dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), qui sont la principale structure d'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes, avec 40 000 personnes hébergées.

Améliorer le pilotage de la politique du handicap

Les ruptures de parcours des personnes en situation de handicap vieillissantes sont symptomatiques des difficultés que rencontrent toutes les personnes en situation de handicap. Leur vieillissement provoque un fort effet sur l'ensemble de l'offre médico-sociale par l'accroissement de la demande en établissements médicalisés, réduisant ainsi l'accès des plus jeunes adultes à une offre adaptée à leurs besoins. Cette situation appelle une réponse globale déterminée. Elle passe par l'amélioration du pilotage public de l'offre médico-sociale.

Garantir le respect du droit à l'accompagnement en augmentant significativement l'offre de soutien à domicile

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, crée un droit pour les personnes en situation de handicap à bénéficier d'un accompagnement conforme aux orientations prononcées par la MDPH. Or, trop souvent, ce droit n'est pas respecté - ce qui a déjà donné lieu à plusieurs condamnations de l'État pour carence. Face à ce constat, la réponse graduée aux besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes doit être renforcée par un repérage de leurs besoins, de manière à favoriser l'accompagnement à domicile, et par la création de 120 000 places de services à domicile.

Récapitulatif des recommandations

Accompagnement à domicile

1. Délivrer des autorisations de services couvrant les besoins d'un bassin de vie, en accordant une priorité à des opérateurs qui proposent des solutions graduées et diversifiées (Conseils départementaux, ARS).
2. Confier aux MDPH une mission de repérage des personnes en situation de handicap vivant à domicile pour leur proposer, à partir de 50 ans, une évaluation des besoins médico-sociaux liés au vieillissement (DGCS, CNSA).
3. Confier aux ESAT la mission de préparer la fin d'activité et de s'assurer d'un accompagnement à la sortie de l'établissement lors de l'arrêt de l'activité professionnelle (DGCS, CNSA).

En établissement médico-sociaux pour personnes en situation de handicap ou pour personnes âgées

4. Pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap vieillissantes, inscrire dans le projet d'établissement et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) les modalités de leur accompagnement et les évaluer au sein de la démarche qualité (Conseils départementaux, Agences régionales de santé).
5. Assurer la continuité de l'accompagnement dans les établissements pour personnes âgées des personnes issues d'un établissement du secteur du handicap, en garantissant un financement adapté à leurs besoins et en conservant les moyens qui leur étaient consacrés dans l'établissement d'origine (DGCS, CNSA, Conseils départementaux).
6. Élaborer une recommandation de bonnes pratiques professionnelles pour l'accueil en Ehpad des personnes en situation de handicap vieillissantes (HAS, DGCS, CNSA).
7. Utiliser, pour les personnes en situation de handicap vieillissantes en Ehpad, une grille d'évaluation tenant compte de leurs besoins spécifiques et permettant aux établissements de bénéficier de moyens financiers adaptés (DGCS, CNSA).

Pilotage par les données

- 8.** Conditionner le versement d'une fraction des ressources allouées aux opérateurs au respect de l'obligation de renseignement des systèmes d'information (ARS, Conseils départementaux).
- 9.** Créer un observatoire national du handicap chargé d'analyser régulièrement, de manière pluri-partenariale, les données du secteur, afin d'éclairer le pilotage des instances nationales et d'assurer l'information du public (SGMAS, CNSA, Conseils départementaux).

La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad^[3]

Si le ratio des effectifs par résident a progressé ces dernières années, les effectifs de soignants demeurent insuffisants pour garantir un accompagnement de qualité. Au-delà du taux d'encadrement, l'amélioration de la qualité de la prise en charge passe par une amélioration de l'organisation du travail et de la répartition des tâches, ainsi que par un renforcement de la qualification et de la formation des personnels, notamment des aides-soignants. Elle passe également par une meilleure reconnaissance professionnelle, qui peut être un vecteur d'attractivité et de stabilisation des personnels dont les conditions d'exercice difficiles se traduisent par des taux d'absentéisme et de rotation élevés.

Par ailleurs, la fonction médicale apparaît particulièrement en difficulté. Dans la moitié des Ehpad, soit il n'y a pas de médecin coordonnateur, soit le nombre d'heures effectuées est insuffisant.

Enfin, en matière de prévention, les programmes menés sont d'ampleur limitée, et certains enjeux majeurs sont trop peu pris en considération, comme la surconsommation médicamenteuse.

Des modalités de tarification et de contractualisation qui atteignent désormais leurs limites

Le financement des Ehpad est complexe. Il repose sur trois sections (soins, dépendance, hébergement) et sur la quasi-automaticité des calculs des dotations à partir d'équations tarifaires, visant à leur conférer plus d'objectivité. La simplification et l'harmonisation territoriale de ce financement apparaissent nécessaires. Par ailleurs, il importe que les équations tarifaires tiennent davantage compte des besoins spécifiques liés à la prise en charge des troubles cognitifs des résidents et à l'intégration de la prévention.

Parallèlement, il convient de faire évoluer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), conclus entre chaque gestionnaire, l'ARS et le département, pour en faire des outils de planification stratégique dotés de moyens financiers pluriannuels. Plus largement, une réforme du modèle de l'Ehpad mériterait d'être envisagée, afin qu'il puisse jouer le rôle d'un « centre de ressources » en gérontologie.

Des filières territoriales à structurer, des structures encore trop isolées

Bien que des progrès aient été observés depuis la crise sanitaire, la structuration des filières gériatriques dans les territoires est restée trop longtemps centrée sur le champ sanitaire, sans intégrer suffisamment les Ehpad ni les services d'aide à domicile. Or, leur intégration dans une organisation territoriale coordonnée permettrait d'adapter les parcours des personnes âgées en fonction de l'évolution de leurs besoins. Pour la Cour, cette organisation repensée doit s'accompagner d'un renforcement des contrôles et d'une plus grande transparence.

Quatre leviers permettant de faire évoluer le modèle de l'Ehpad sont ainsi identifiés : une plus grande transparence de la mesure de la qualité (ainsi que le pratiquent certains pays étrangers), un pilotage rénové de la prise en charge en soins, une meilleure adaptation à la diversité des publics accueillis et une insertion territoriale plus dynamique. Ces prérequis devraient permettre d'évoluer vers un modèle consensuel : celui de l'Ehpad « centre de ressources », ouvert sur son territoire de référence, coordonné à l'hôpital, au domicile et à la ville. C'est ce modèle qu'il appartient désormais aux acteurs, et en particulier aux pouvoirs publics nationaux, de promouvoir.

^[3] Mis en ligne le 28 février 2022, le texte du rapport peut être téléchargé à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prise-en-charge-medicaledes-personnes-agees-en-ehpad>.

Recommandations

Mieux intégrer les Ehpad dans les territoires, revoir le rôle des autorités de tutelle et alléger les contraintes administratives

Fusionner les sections soins et dépendance sous l'égide des ARS afin de simplifier la tarification des Ehpad et de réduire les disparités départementales (DGCS, CNSA^[4]).

Transformer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en outils de pilotage stratégique et financier et les doter :

- D'un plan d'intégration de l'Ehpad dans son environnement sanitaire et social (partie soins sous l'égide des ARS et partie services et prévention de la part d'autonomie avec les départements) ;
- De moyens financiers pluriannuels dont une part conditionnée à des objectifs de santé publique et de qualité ;
- De la définition des conditions de modulation d'une offre d'hébergement et de services adaptée aux personnes accueillies (DGCS, CNSA, SGMAS).

Renforcer la mutualisation et engager des fusions entre gestionnaires mono-établissements (ARS, départements, gestionnaires d'Ehpad).

Promouvoir le développement de l'Ehpad en tant que « centre de ressources » (DGCS, DGOS, CNSA).

Renforcer la prise en charge médicale dans les Ehpad

Mieux prendre en compte les personnes atteintes de troubles cognitifs, en :

- Complétant et fiabilisant les données sur la prévalence des maladies neurodégénératives, pour adapter la prise en charge des personnes qui en sont atteintes (DGOS, DGCS, CNSA, SPF) ;
- Intégrant, dans les indicateurs de dépendance (GIR moyen pondéré) ou de niveau de soins nécessaires (Pathos Moyen Pondéré), les besoins spécifiques liés aux troubles cognitifs, pour permettre de financer, sans perte de ressource pour les Ehpad, les prises en charge des personnes concernées (DGCS, CNSA).

Rendre annuelle l'évaluation déclarative des GMP et PMP, et aider les établissements à développer des outils informatiques nécessaires (DGCS, CNSA).

Encourager et financer un recours élargi des Ehpad au tarif global (DGCS, DSS, CNSA, Cnam). Afin de lutter contre la surconsommation médicamenteuse, assurer une plus large diffusion des données agrégées de santé des résidents par Ehpad, établies à partir des données de l'assurance maladie (application Resid-ESMS), (Cnam).

Renforcer la démarche de qualité

Mettre en place de façon systématique une démarche d'amélioration de la qualité, notamment en s'appuyant sur des projets de vie individuels régulièrement mis à jour, et organiser l'accompagnement en respectant les rythmes de vie (ARS, départements gestionnaires d'Ehpad).

Définir réglementairement les fonctions d'infirmier coordonnateur (DGCS).

Après avoir élaboré des indicateurs de qualité (consommations de médicaments psychotropes, ...) et de moyens requis (dont ratios de personnels médicaux et soignants, présence des médecins prescripteurs), rendre obligatoire leur publication pour chaque Ehpad (DGCS, HAS, CNSA).

^[4] Selon le directeur général de la cohésion sociale, les ARS vont expérimenter la fusion des sections tarifaires soins et dépendance dans 23 départements volontaires en 2025. Voir l'article critique sur le sujet pour estimer que le vrai problème tarifaire de l'hébergement n'est pas traité, à l'adresse : <https://www.fnaqpa.fr/fr/component/fileman/file/on-parle-de-la-fnaqpa/2024/La%20fusion%20des%20sections%20tarifaires%20soins%20et%20dépendance%20est%20de%20la%20poudre%20aux%20vieux%20-%20GERONTONEWS.pdf?routed=1&container=fileman-files>.

SERVICES À DOMICILE

La réforme des services autonomie

La politique de maintien à domicile, encore appelée « virage domiciliaire », répond aux souhaits d'une part grandissante de la population, qui risque d'être confrontée à une perte d'autonomie, et aux attentes des personnes handicapées.

La Cour des comptes^[1] et, plus récemment, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)^[2] ont analysé cette politique, évalué ses effets et formulé des préconisations pour l'améliorer.

L'un des principaux constats est que l'offre de services à domicile, assurée par plus de 10 000 structures, est fragmentée entre l'aide et le soin, ce qui impose aux bénéficiaires ou à leurs aidants des démarches complexes au quotidien et entrave la coordination, pourtant nécessaire, des interventions au domicile des personnes.

Pour y remédier, l'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, prévoit une restructuration des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui formeront une catégorie unique de « services autonomie à domicile » (SAD) soumis à un cahier des charges. Cette mesure s'accompagne d'une réforme du modèle de financement de ces activités passant d'un système de tarification forfaitaire par place non modulée en fonction des caractéristiques des usagers, à une tarification tenant compte du besoin en soins et du niveau de perte d'autonomie des usagers^[3].

Le nouveau cadre juridique

Pris pour l'application de l'article 44 de la LFSS pour 2022 :

- Les décrets n° 2023-323 et n° 2023-327 du 28 avril 2023 (JO des 29 et 30 avril 2023) fixent les nouvelles modalités de financement des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées^[4] ;
- Le décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 (JO du 16 juillet 2023) précise les publics, les missions, les objectifs et les principes d'organisation et de fonctionnement des services autonomie à domicile et comporte en annexe le cahier des charges définissant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement qu'ils devront respecter.

^[1] Cour des comptes « *Les services de soins à domicile - Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins* », rapport, daté de décembre 2021, mis en ligne le 24 janvier 2022 sur www.ccomptes.fr - @Courdescomptes.

^[2] Rapport IGAS N° 2023-014R, « *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit* », publié le 29 mars 2024 <https://www.igas.gouv.fr/Lieux-de-vie-et-accompagnement-des-personnes-agees-en-perde-d-autonomie-les>.

^[3] Il est également instauré au 1^{er} janvier 2022 un tarif plancher national de 22 euros par heure pour la valorisation des plans d'aide par les départements pour les services habilités ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

^[4] Voir Delnatte J.C. « Les nouvelles modalités de financement des soins infirmiers à domicile sont fixées par voie réglementaire », *Finances hospitalières*, n° 180, juin 2023.

Les dispositions pérennes de ces textes sont codifiées dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Selon l'article L. 313-1-3 de ce code, les services autonomie à domicile, qui remplacent les SAAD, les SSIAD et les SPASAD, se composent de deux catégories :

- Ceux dispensant de l'aide et du soin (mentionnés au 1° de l'article) ;
- Ceux ne dispensant que de l'aide (mentionnés au 2° de l'article).

Les services autonomie à domicile sont des services médico-sociaux soumis à autorisation, délivrés par le président du Conseil départemental lorsqu'ils ne dispensent que des activités d'aide et d'accompagnement, et donnés conjointement par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), pour les soins, et par le président du Conseil départemental, pour l'aide, lorsqu'ils exercent ces deux activités.

Pour leur activité d'aide et d'accompagnement, ils sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par le Conseil départemental ou, à défaut, sont autorisés sur le fondement de l'article L.313-1-2 du CASF.

Ils interviennent selon le mode prestataire et sont donc exclus de la réforme les interventions en emplois directs, accompagnés ou non par un service mandataire qui restent régis par les dispositions législatives et réglementaires antérieures à la LFSS pour 2022.

Le champ de compétence et les missions des services autonomie à domicile sont définis par l'article D. 312-1 du CASF. Ils interviennent auprès :

- De personnes âgées de soixante ans et plus en perte d'autonomie ou malades ;
- De personnes présentant un handicap ;
- De personnes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du Code de la sécurité sociale.

Ces personnes disposent de la liberté de choix du service chargé de leur accompagnement.

Les services autonomie à domicile concourent à préserver et soutenir l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent et à leur permettre de vivre dans le lieu de résidence de leur choix tant que cela est possible. Ils interviennent au domicile ou lors des déplacements des personnes depuis leur domicile, celui-ci s'entendant comme tout lieu de résidence de la personne, à titre permanent ou temporaire, y compris une structure d'hébergement non médicalisée.

Ils contribuent au repérage des fragilités de la personne accompagnée, à la prévention, au repérage des situations de maltraitance et des besoins des aidants, ainsi qu'aux réponses à y apporter.

Les services autonomie à domicile mettent en place une réponse coordonnée aux besoins et attentes de la personne, en proposant :

- Des prestations d'aide et d'accompagnement dans les actes quotidiens de la vie ;
- Une réponse aux besoins de soins ;
- Une aide à l'insertion sociale ;
- Des actions de prévention de la perte d'autonomie, de préservation, de restauration et de soutien à l'autonomie.

Ils peuvent également proposer des actions de soutien aux proches aidants de la personne accompagnée.

Le service autonomie à domicile, ayant été créé afin d'assurer la fluidité du parcours de la personne accompagnée en simplifiant ses démarches au quotidien, doit, s'il ne fournit pas directement des prestations de soins, assurer une coordination appropriée répondant aux besoins en matière de soins des personnes qu'il accompagne.

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) décrit dans une notice de septembre 2023 la nouvelle organisation et les modalités de déploiement dans les territoires et propose en outre une foire aux questions ^[5].

^[5] <https://solidarites.gouv.fr/reforme-de-loffre-des-services-domicile>.

Le calendrier de mise en œuvre

L'article 22 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (JO du 9 avril 2024), modifie le calendrier de mise en œuvre de la réforme pour répondre à certaines difficultés opérationnelles observées depuis la publication du décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023. Un complément à la notice précitée de la DGCS, daté d'avril 2024, présente les nouvelles dispositions^[6].

La situation des SAAD et SPASAD reste inchangée : ils sont réputés autorisés comme SAD (respectivement SAD aide et SAD mixtes) pour la durée de leur autorisation restant à courir et disposent toujours d'un délai de deux ans à compter du 30 juin 2023 pour se mettre en conformité avec le cahier des charges, soit jusqu'au 30 juin 2025. En cas de non-conformité passé ce délai, les autorisations pourront être abrogées.

Les SSIAD disposent désormais d'un délai de deux ans et demi à compter de la publication du décret, pour s'adjoindre une activité d'aide, fusionner ou se regrouper avec un ou plusieurs SAD et demander une autorisation comme services autonomie auprès de l'ARS et du Conseil départemental, soit jusqu'au 31 décembre 2025. Après cette date, l'autorisation des SSIAD n'ayant pas déposé de demande d'autorisation deviendra caduque et les ARS pourront alors mettre fin à leur activité.

Toutefois, afin de ne pas sanctionner les gestionnaires de SSIAD de bonne foi, qui auraient mené une démarche de rapprochement avec un SAD ou auraient souhaité intégrer une activité d'aide et d'accompagnement afin de répondre à l'obligation de transformation prévue par la loi, mais qui auront essuyé un refus de la part de l'ARS et du Conseil départemental, une mesure de sécurisation a été votée consistant à leur accorder un délai supplémentaire pour améliorer leur projet ou le faire évoluer.

Ce nouveau calendrier n'a pas d'influence sur les dispositions relatives au calendrier des évaluations prévu par les articles 4 et 5 du décret du 13 juillet 2023 : Les SAD aide et les ex-SPASAD seront intégrés dans les arrêtés de programmation pluriannuelle pris par les ARS et les Conseils départementaux à compter du 1^{er} juillet 2025^[7].

Afin de sécuriser les SSIAD tout en respectant l'obligation de transformation prévue par la loi sans retarder la mise en œuvre de la réforme, il est désormais possible pour ces services de conclure une convention. Ils peuvent également former un groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) exploitant avec un ou plusieurs services déjà autorisés pour l'activité d'aide et d'accompagnement dans la perspective de la constitution d'un service autonomie à domicile doté d'une entité juridique unique, sous certaines conditions.

L'accompagnement de la réforme

La mise en œuvre de cette réforme se heurte pour les services concernés à de nombreuses difficultés pratiques auxquelles l'article 22 de la loi « bien vieillir » ne répond que partiellement^[8].

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) accompagne les acteurs territoriaux, ARS et Conseils départementaux, dans le déploiement de cette réforme à travers plusieurs leviers :

- Le soutien spécifique aux Conseils départementaux par le biais d'un appel à manifestation d'intérêt (AMI) 2023-2026. Plus de 70 départements sont soutenus sur l'axe 2 « appui à la transformation en services à domicile », pour un montant total d'environ 11 millions d'euros sur les quatre ans de la durée de l'AMI, le montant moyen alloué par département étant de 150 000 euros ;
- Le renouvellement du soutien financier aux fédérations du secteur du domicile par le biais d'un conventionnement pluriannuel afin qu'elles apportent une aide ciblée à leurs adhérents, en particulier sur la conduite du changement, l'appui aux opérations de mutualisation/rapprochement/création, et le soutien à l'adaptation des organisations de travail ;

^[6] <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2024-04/Complement-notice-information-services-autonomie-a-domicile-avril-2024.pdf>.

^[7] La HAS met à disposition des services, via la plateforme Synaé, l'ensemble des outils d'évaluation.

^[8] Voir VITOUR A. « La réforme des services à caractère social et médico social : entre restructuration ambitieuse des prestations et délicate recomposition territoriale », Revue de droit sanitaire et sociale, juillet-août 2024.

- Le suivi territorial de cette réforme à travers notamment la remontée d'indicateurs, permettant de repérer les dynamiques territoriales afin d'apporter un soutien opérationnel aux territoires nécessitant un accompagnement spécifique et de valoriser les dynamiques positives ;
- L'organisation depuis 2023 de webinaires d'information et de partage, reconduits en 2024, afin de favoriser l'échange de bonnes pratiques entre les acteurs et les soutenir ainsi dans la mise en œuvre de cette nouvelle offre sur leur territoire.

L'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) met à disposition sur son site internet ^[9] :

- Un outil interactif d'aide à la décision pour simuler les opérations de regroupements entre deux structures (fusion, reprise ou transfert d'activité, coopération sous forme de groupement de coopération sociale et médico-sociale...);
- Des fiches thématiques pour accompagner la mise en œuvre et tenir compte des impacts stratégiques. Une fois les modalités de groupement définies par le gestionnaire, l'outil donne accès à 22 fiches techniques présentant les étapes clés et le cadre juridique des opérations concernées, ainsi que leur impact stratégique en matière de fiscalité, d'enjeux patrimoniaux et financiers, de ressources humaines et de gouvernance.

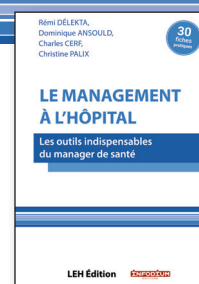
Des ressources opérationnelles viennent compléter ce dispositif (trames de fiches de poste, processus internes, modèles de documents...).

^[9] <https://anap.fr/s/article/reforme-services-autonomie-a-domicile>.

Le management à l'hôpital en 30 fiches pratiques

- Les outils indispensables pour accompagner les managers de santé
- Les clés pour gérer les équipes dans les établissements
- Des outils pratiques, de la théorie : une approche spécifique pour les hospitaliers

Par : Dominique ANSOULD, Dr Charles CERF, Rémi DELEKTA, Dr Christine PALIX - Préface de Matthieu GIRIER



BON DE COMMANDE

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00



	QTé	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande le livre			
Le management à l'hôpital en 30 fiches pratiques - Les outils indispensables du manager de santé par Dominique Anould, Charles Cerf, Rémi Délekta et Christine Palix, 325 pages (ISBN 978-2-38612-017-6) TVA : 5,5 %	36,97	39,00
A partir de 11 exemplaires	28,44	30,00
Participation forfaitaire aux frais de port 6 euros (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %
		Total	<input type="text"/>

Mme, Mlle, M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Cachet / Signature

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM.

Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

RESSOURCES HUMAINES

Les défis de recrutement dans le secteur médico-social : Analyse et stratégies d'amélioration

Le secteur médico-social, regroupant les Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) en France fait face à une crise de recrutement sans précédent. Les pénuries de personnel qualifié, notamment dans les métiers d'aide-soignant, d'accompagnant éducatif et social, d'éducateur spécialisé et d'infirmier, mettent en péril non seulement la qualité de l'accompagnement des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, mais aussi le fonctionnement global des structures. Dans ce contexte, les directeurs et gestionnaires d'ESSMS doivent redoubler d'efforts pour attirer, recruter et fidéliser les professionnels indispensables au bon fonctionnement de leurs structures. Cet article explore les causes de cette crise et propose des stratégies concrètes pour y faire face.

Un constat inquiétant : Une pénurie de personnel qualifié

Le secteur médico-social en France est en proie à une véritable pénurie de personnel qualifié. Les projections de la DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques) sont édifiantes : il faudra créer près de 411 000 postes d'ici 2030 pour répondre aux besoins croissants dans les secteurs de la santé et du médico-social. Cependant, malgré ces besoins pressants, des milliers de postes restent vacants chaque année, ce qui exacerbe la pression sur les équipes en place, déjà surmenées.

Les causes de cette pénurie sont multiples. D'une part, l'évolution rapide des métiers du médico-social nécessite des compétences de plus en plus spécifiques auxquelles les formations initiales ne répondent qu'en partie, créant ainsi un décalage entre les qualifications des candidats et les attentes des employeurs. D'autre part, les conditions de travail difficiles et une rémunération jugée insuffisante par les professionnels du secteur contribuent à cette situation alarmante.

Les causes de la crise de recrutement

La crise de recrutement dans les ESSMS résulte de plusieurs facteurs interdépendants qui se renforcent mutuellement :

Un secteur en évolution permanente et en tension : Les défis du médico-social face aux mutations sociétales, règlementaires et de gestion

Le secteur médico-social est au cœur de profondes transformations, poussées entre autres par le vieillissement rapide de la population, l'augmentation des maladies chroniques, le diagnostic précoce des handicaps. Ces évolutions obligent les établissements à s'adapter continuellement dans un environnement en perpétuel mouvement.

Des évolutions sociétales majeures :

Le désir de rester chez soi. De plus en plus de Français expriment le souhait de vieillir et de finir leurs jours à domicile, un facteur qui accentue le besoin de services adaptés à domicile.

- Un nouveau profil de seniors : Les générations de futurs nonagénaires (85 ans et plus) ont vécu dans un confort matériel supérieur à celui des personnes âgées actuelles en EHPAD. Ils ont des attentes accrues en termes de qualité de vie et de services.
- La pression de l'opinion publique : Les EHPAD font face à une image de plus en plus négative, souvent perçus comme des lieux d'enfermement et de contrainte. Cette perception pousse les acteurs du secteur à réinventer ces espaces pour en faire des lieux de vie respectant davantage la liberté et l'autonomie des résidents.
- Une société de plus en plus inclusive : qui enjoint à trouver des solutions pour accompagner les personnes âgées et en situation de handicap dans le milieu ordinaire.

À ces évolutions s'ajoutent :

Réformes et nouvelles réglementations

Les nouvelles réformes bouleversent profondément la stratégie, le financement et l'organisation des établissements médico-sociaux, les obligeant à faire preuve d'agilité pour s'adapter et se conformer aux nouvelles exigences réglementaires.

Maîtrise technique et gestion accrue

La gestion de ces établissements nécessite désormais une technicité accrue, avec une maîtrise renforcée des finances, le développement de la comptabilité analytique, et la mise en place d'outils de gestion prévisionnelle comme l'EPRD (État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) et les prospectives comme les LDG (Lignes Directrices de Gestion). Les établissements sont également encouragés à se regrouper ou à développer des stratégies de groupe, dans un contexte marqué par les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire), les GCSMS (Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale) et les futurs GTSMS (Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux).

Performance, innovation et modernisation

Les objectifs de performance sont en constante augmentation, incitant les établissements à rechercher toujours plus d'efficacité et de qualité. L'obligation de remplir les indicateurs de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance), le suivi et le pilotage dans les CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) et les nouvelles modalités d'évaluation externe sont un parfait exemple de cette évolution.

L'innovation et la modernisation de l'offre deviennent impératives. Les développements en matière de prévention, la prise en charge non médicamenteuse de maladies comme Alzheimer, l'accompagnement et la coordination de l'étendu des personnes porteuses de TSA (Troubles du Spectre Autistique), la télémédecine, la robotique, les technologies connectées, et la coordination des parcours de soins sont autant de priorités pour favoriser le maintien à domicile, encourager l'ouverture vers l'extérieur et répondre aux besoins croissants des personnes en situation de grande dépendance et handicap.

Un enjeu central : La qualité de vie des personnes accompagnées

Au cœur de toutes ces transformations se trouve un enjeu crucial : améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées tout en prévenant la perte d'autonomie et en favorisant l'inclusion sociale. Cependant, cette ambition se heurte à une réalité préoccupante : la demande croissante de services spécialisés n'est pas accompagnée d'une augmentation proportionnelle de l'offre de professionnels qualifiés. Les établissements sont ainsi souvent sous-dotés en personnel, ce qui entraîne une surcharge de travail pour les équipes en place et une dégradation des conditions de travail. Cette situation met sous tension un secteur déjà fragilisé, appelant à des solutions innovantes et durables pour y répondre.

Des métiers en quête de reconnaissance et insuffisamment rémunérés

Les métiers du médico-social sont en quête de reconnaissance, souffrant d'une valorisation insuffisante tant en termes de rémunération (malgré les revalorisations salariales introduites par le Ségur de la Santé) que de statut social. Les salaires, souvent peu compétitifs par rapport à d'autres secteurs, ne reflètent pas la complexité et l'importance de ces professions. De plus, les perspectives de carrière sont perçues comme limitées, ce qui peut décourager de nombreux jeunes diplômés à s'engager dans ces métiers, malgré l'intérêt intrinsèque qu'ils peuvent susciter.

Cette situation fait apparaître les contraintes et les défis de ces professions comme étant plus importants que les avantages, freinant ainsi l'attractivité des talents dans un secteur pourtant essentiel dans notre société. Il devient donc impératif de repenser la valorisation et une reconnaissance des professionnels du secteur médico-social, à la hauteur de leur engagement et de leurs compétences.

Des conditions de travail difficiles

Les conditions de travail dans les ESSMS sont souvent perçues comme éprouvantes et stressantes. Les professionnels du secteur doivent composer avec des horaires irréguliers, une forte charge émotionnelle, une pénibilité physique non négligeable, et une surcharge de travail continue. Ce contexte difficile est exacerbé par un manque de moyens humains et matériels, ce qui accroît le sentiment de frustration et d'épuisement parmi les équipes, ayant pour effet un taux élevé de turnover, avec de nombreuses démissions et reconversions professionnelles.

Dans de nombreux ESSMS, ce manque de personnel conduit à un recours excessif à l'intérim, ce qui perturbe la continuité des soins et augmente la charge de travail des équipes permanentes. Cette situation crée un cercle vicieux où le stress et l'épuisement des équipes conduisent à une diminution de la qualité des services rendus, générant une recrudescence des départs et des absences pour cause de maladie. Ce recours à l'intérim pour combler les postes vacants, bien qu'inévitable, est fréquemment vécu comme une surcharge de travail. Les professionnels intérimaires, bien qu'essentiels pour pallier les absences, nécessitent un accueil, un accompagnement, et parfois même une formation continue tout au long de leur mission. Cependant, ces intérimaires ne portent pas les mêmes contraintes ni les mêmes responsabilités que les professionnels permanents.

En effet, souvent mieux rémunérés, ils ont la flexibilité de choisir leurs jours, leurs horaires, et les services où ils souhaitent intervenir, sans nécessairement s'impliquer dans les projets d'établissement ou dans la vie collective de l'équipe. Cette approche, où le travail devient un moyen de servir les priorités personnelles plutôt qu'un engagement collectif, soulève des questions sur l'avenir du secteur.

Le défi réside alors dans la conciliation de cette flexibilité avec les exigences d'un travail d'équipe et la continuité des soins, essentiels au bon fonctionnement des ESSMS. Il s'agit là d'un véritable enjeu pour les directions d'établissements qui doivent trouver des solutions pour valoriser le travail des professionnels permanents tout en intégrant efficacement les intérimaires dans leurs équipes.

Manque de candidats formés : Un décalage croissant

Les filières de formation dédiées aux métiers du médico-social peinent à attirer de nouveaux étudiants. Les jeunes sont de plus en plus réticents à s'engager dans des métiers perçus comme peu valorisés, tant socialement que financièrement. De plus, les formations disponibles ne sont pas toujours en phase avec les besoins réels du terrain, ce qui pose des problèmes d'adéquation entre les compétences acquises et celles requises.

En effet, les formations initiales en soins infirmiers ou d'aide-soignant ne permettent pas toujours le développement de compétences spécifiques qui répondraient aux exigences du secteur ou aux attentes croissantes des usagers en matière de qualité d'accompagnement. Pour exemple les parcours de stage des infirmiers qui favorisent la technicité sur le sanitaire et où le parcours de stage en EHPAD se fera en 1^{ère} année, ne permettent pas d'appréhender l'ensemble des compétences requises et mettent en difficulté les jeunes IDE qui commencent leur carrière en EHPAD.

Par ailleurs, les établissements recrutent parfois des professionnels non diplômés pour réaliser les activités et les tâches normalement réservées à des professionnels diplômés, sans toujours leur proposer un parcours de formation adéquat

pour acquérir les compétences requises. Cette cohabitation entre professionnels diplômés et non diplômés, exerçant les mêmes fonctions, soulève des questions et peut créer des difficultés organisationnelles, un sentiment d'iniquité et une incapacité pour le collectif à partager une vision commune.

Enfin, ce fonctionnement génère un sentiment de dévalorisation ou de déclassement de part et d'autre. Les professionnels non diplômés ressentent une frustration financière, car ils effectuent le même travail pour une rémunération inférieure. De leur côté, les professionnels diplômés peuvent se sentir dévalorisés, leur compétence et leur diplôme n'étant pas reconnus à leur juste valeur.

Facteurs modifiables et non modifiables

Il est important de distinguer les facteurs sur lesquels il est possible d'agir de ceux qui nécessitent des interventions plus larges, stratégiques, voire politiques. Les ESSMS peuvent donc intervenir sur :

- Les conditions d'exercice : Améliorer les conditions de travail quotidiennes, clarifier les missions, réduire la charge de travail et favoriser la coopération entre collègues ;
- La valorisation et la reconnaissance : Promouvoir les métiers et offrir une reconnaissance accrue peut attirer et fidéliser les professionnels. Un des principaux leviers est la formation.

D'autres facteurs, comme les fluctuations démographiques et les contraintes budgétaires des établissements, sont plus difficiles à maîtriser et nécessitent des interventions politiques de plus grande envergure.

Les stratégies pour attirer et fidéliser les talents

Face à ces défis de recrutement, les directeurs d'ESSMS doivent adopter des stratégies pour attirer et retenir les talents. Il n'existe pas de solution unique, une approche globale et multifactorielle est nécessaire. Voici quelques leviers sur lesquels ils peuvent s'appuyer :

Structurer la gouvernance : un pilier essentiel

La gouvernance a un rôle central à jouer dans la construction d'une politique durable d'attractivité des ESSMS. Quelques actions clés peuvent être :

- Construire une vision stratégique globale intégrant le volet ressources humaines : Formuler les valeurs portées par l'établissement, des lignes directrices claires en matière de gestion des talents, avec un focus sur la qualité de vie au travail et la reconnaissance, est crucial pour fidéliser les professionnels. Ceci aura d'autant plus d'impact si au-delà de la stratégie en termes de ressources humaines, l'établissement aura formalisé une feuille de route stratégique globale offrant aux professionnels des perspectives concrètes de contribuer aux projets de l'établissement. La stratégie et les projets à déployer constituent de fait un facteur d'attractivité.
- Développer l'autonomie et le sens au travail : Encourager l'autonomie des équipes et leur donner des missions qui ont du sens est un facteur clé de motivation. Plus les professionnels se sentiront impliqués dans la prise de décision, plus ils seront susceptibles de rester engagés.
- Réaliser des états des lieux réguliers : Les directeurs doivent régulièrement évaluer les besoins en personnel et les conditions de travail au sein de leur établissement pour adapter leur stratégie RH en conséquence. L'évolution des profils des personnes accompagnées peut rendre le travail des professionnels plus pénible. Les signes avant-coureurs de cette pénibilité sont souvent exprimés par les professionnels eux-mêmes. Être à l'écoute de ces signaux en évaluant les besoins permet non seulement de reconnaître et valoriser les compétences des professionnels, mais aussi d'agir sur l'organisation avant qu'un climat délétère ne s'installe (perte de motivation, fatigue, burn-out, arrêts maladie, accidents du travail, etc.).

Pour conclure, le professionnel qui ouvre la porte d'un établissement pour la première fois doit pouvoir saisir immédiatement les valeurs, la stratégie et la politique RH portées par celui-ci.

Améliorer les conditions de travail

L'une des priorités pour attirer de nouveaux talents est d'améliorer les conditions de travail. Cela passe par plusieurs leviers :

- Réorganisation de la charge de travail : En réorganisant le travail pour éviter la surcharge des professionnels, il est possible de limiter la charge mentale, le stress et l'épuisement. Une meilleure identification des missions des différents métiers au sein d'un ESSMS, une répartition des tâches et une délégation plus efficace, permettront aux équipes de se concentrer sur des missions et des activités à plus forte valeur ajoutée.
- Amélioration de l'environnement de travail : S'assurer que les professionnels disposent de ressources matérielles adéquates pour accomplir leurs missions est crucial. Des équipements adaptés et des outils numériques peuvent grandement faciliter la gestion quotidienne des tâches et des activités à réaliser pour accompagner les résidents.
- Co-construction des roulements de travail : La co-construction des roulements de travail est un défi majeur pour assurer une continuité de l'accompagnement 24h/24 et 7j/7. Cependant, la flexibilité et le *planning* à la carte peuvent vite devenir une chimère si des règles claires ne sont pas établies en amont. Les contraintes RH varient considérablement d'un secteur à l'autre, rendant la planification particulièrement complexe.

En effet, les règles RH diffèrent largement selon que les professionnels exercent dans la fonction publique hospitalière, territoriale, les structures privées associatives ou les sociétés commerciales. De plus, au sein du secteur privé associatif, les contraintes peuvent encore varier en fonction de la convention collective nationale applicable, comme celles de la CCN 51 ou de la CCN 66.

Il est donc essentiel de faire preuve de transparence envers les équipes lors de la conception des organisations de travail. En identifiant collectivement le cadre de ce qui est possible, de ce qui ne l'est pas, ou de ce qui est interdit, les professionnels seront plus à même d'accepter les contraintes imposées par la réglementation ainsi que celles liées à la continuité de l'accompagnement.

Pour améliorer la qualité de vie au travail en matière de management de la planification, plusieurs éléments sont essentiels :

- Une affectation cohérente des personnels, en adéquation avec la charge de travail préalablement évaluée ;
- La mise en place d'un système de gestion du temps de travail fiable et robuste pour assurer une planification précise et respectueuse des contraintes ;
- L'affectation des professionnels à des cycles de travail respectant les critères réglementaires, de gestion, de management, de confort des professionnels et de qualité d'accompagnement.

Ces éléments, instaurés de manière rigoureuse et concertée, contribueront à une organisation du travail plus harmonieuse et à une meilleure qualité de vie au travail pour les professionnels des ESSMS. Les managers ne peuvent pas intervenir sur les contraintes réglementaires mais peuvent donner une visibilité à long terme de la planification des professionnels, leur permettant ainsi de s'organiser malgré des horaires contraignants (matin, soir, horaires coupés, journées de 12h, 11h, 10h, travail les week-ends, etc.).

- Organisation d'activités de bien-être dans le quotidien de travail : Proposer des activités de bien-être au travail, tels que des séances de relaxation, des espaces de repos aménagés, ou encore des activités de team building, peut renforcer la cohésion d'équipe et réduire le stress et la charge mentale des salariés. Ces initiatives ont été trop souvent délaissées dans le secteur médico-social.

Renforcer la valorisation et la reconnaissance des métiers

Pour attirer et retenir les talents, il est indispensable de revaloriser les métiers du secteur médico-social, tant sur le plan financier que symbolique.

- Campagnes de communication : Organiser des campagnes de communication positives pour sensibiliser le grand public aux réalités des métiers du secteur médico-social peut aider à changer les perceptions et à

susciter des vocations. Pourtant, de nombreuses initiatives sont entreprises par les ESSMS pour améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées et des professionnels. Un ESSMS qui communique, sur les réseaux sociaux par exemple, sur des activités réalisées, des projets en cours, sa stratégie, ... renvoie une image positive de l'établissement. À valorisation salariale identique, le choix du candidat peut se porter sur le dynamisme de l'établissement.

- Partenariats avec les écoles : Établir des partenariats avec les établissements de formation (lycées, centres de formation d'apprentis, universités) pour promouvoir les métiers du médico-social et organiser des stages peut susciter des vocations et faciliter le recrutement de jeunes diplômés. De plus en plus d'établissements ont recours à des stages « civiques » ; ces stages permettent aux apprenants de découvrir les ESSMS mais aussi aux équipes, de disposer d'une ressource non négligeable pour accompagner les résidents.
- Revalorisation salariale : Bien que les marges de manœuvre financières soient souvent limitées, il est possible de jouer sur d'autres leviers comme des primes ou des avantages en nature.
- Reconnaissance professionnelle : Développer une culture de la reconnaissance au sein des ESSMS est essentiel. Cela passe par la mise en place de systèmes de reconnaissance des performances, que ce soit à travers des évaluations régulières, des promotions internes, ou des moments dédiés à célébrer les réussites collectives.
- Participation des professionnels aux décisions : Donner la parole aux salariés et les impliquer dans les décisions qui affectent leur quotidien peut améliorer leur sentiment d'appartenance et leur motivation. Les groupes de travail, les enquêtes de satisfaction et les réunions régulières avec la direction sont des outils efficaces pour recueillir leur avis et les impliquer dans l'évolution de leur environnement de travail.

Proposer des parcours de carrière attrayants

Pour fidéliser les professionnels, il est essentiel de leur offrir des perspectives de carrière attractives au sein de l'établissement, que ce soit un établissement autonome, ou faisant partie d'un GCSMS ou d'une association, fondation ou groupe :

- Formation continue : La formation continue est un levier pour la compétence et la motivation. Les métiers du médico-social évoluent rapidement, avec l'introduction de nouvelles technologies, de nouvelles approches d'accompagnement, et de nouvelles réglementations. Dans ce contexte, il est essentiel que les professionnels puissent constamment actualiser leurs compétences.
- Mobilité interne : Encourager la mobilité interne au sein des ESSMS permet aux salariés de diversifier leurs expériences professionnelles tout en restant dans le même secteur. Cela peut également contribuer à réduire le *turnover* en offrant de nouvelles perspectives aux salariés.
- Apprentissage par alternance : Cette approche permet d'intégrer les jeunes directement dans le secteur, tout en les formant sur le terrain. L'alternance est un excellent moyen de s'assurer que les nouveaux diplômés sont rapidement opérationnels.
- Mentorat et accompagnement : Mettre en place des programmes de mentorat et d'accompagnement pour les jeunes professionnels peut les aider à s'intégrer plus facilement et à envisager une carrière à long terme dans le secteur.

Innover dans les pratiques de recrutement

Les directeurs d'ESSMS doivent également explorer des approches innovantes pour attirer de nouveaux talents :

- Recrutement digital : Utiliser les réseaux sociaux et les plateformes en ligne pour toucher un public plus large et plus jeune ;
- Marque employeur : Travailler sur l'image de l'établissement pour le rendre plus attractif aux yeux des candidats potentiels. Il s'agit là de placer l'agent/le candidat au centre en vue d'établir des objectifs et un discours partagé, pour une identité lisible et distinctive. Par ailleurs, cette image doit tout particulièrement être génératrice de fierté et mobiliser en donnant du sens. Une marque employeur forte peut faire la différence dans un marché du travail compétitif ;

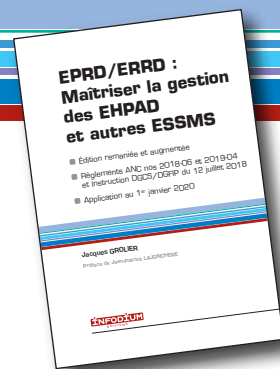
- Partenariats locaux : Développer des partenariats avec des acteurs locaux (écoles, universités, associations) pour créer un vivier de candidats potentiels.

Conclusion : Une approche globale pour un recrutement durable

La crise de recrutement dans le secteur médico-social est un défi complexe qui nécessite une approche globale.

La voie vers la résolution des difficultés de recrutement passe par une vision claire, une gouvernance éclairée, et une volonté de transformer les pratiques actuelles en profondeur.

Les directeurs d'ESSMS, en tant que leaders et gestionnaires, jouent un rôle crucial dans la mise en place de solutions adaptées et durables. En agissant sur les conditions de travail, la valorisation des métiers, la formation, la gouvernance, et l'innovation, ils peuvent contribuer à inverser la tendance.



EPRD/ERRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS

• Budget et comptabilité • Analyse économique et financière • Pilotage

Par Jacques GROLIER - Préface de Jean-Patrick LAJONCHERE

BON DE COMMANDE

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « EPRD/ERRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS » par Jacques Grolier, 410 pages (ISBN 978-2-9559203-6-7) TVA : 5,5 %	HT	TTC
	71,09	75,00
	5,00	6,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %		
	Total	<input type="text"/>

Mme, Mlle, M.
 Nom : Prénom :
 Établissement :
 Fonction :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : Fax :
 E-mail :

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**. Je recevrai une facture justificative.
 A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

GRAND ÂGE

Le Sénat publie un rapport sur la situation des EHPAD

La Commission des affaires sociales du Sénat a adopté le 25 septembre 2024 le rapport d'information et les 19 recommandations qu'il formule sur la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)^[1].

Une situation économique fragilisée avant d'aborder l'obstacle démographique, du fait de la combinaison de causes conjoncturelles et structurelles

Le rapport fait le constat que les EHPAD, qui accueillent plus de 600 000 personnes âgées dépendantes, abordent le défi démographique que constitue la forte augmentation attendue de cette population dans une situation économique fragilisée.

Entre 2020 et 2023, la part des EHPAD déficitaires est passée de 27 % à 66 %. Cette évolution touche tous les établissements, publics et privés, autonomes ou rattachés à un établissement public de santé (EPS), à des degrés divers, et les déficits paraissent essentiellement imputables aux sections hébergement et dépendance.

La dégradation des résultats tient à une combinaison de causes conjoncturelles et structurelles, que des aides ponctuelles ne suffiront pas à surmonter.

Les taux d'occupation moyens des EHPAD qui ont chuté en 2020 et 2021 en raison de la crise sanitaire, n'ont pas retrouvé leur niveau de 2019, du fait d'une perte de confiance, alimentée notamment par la publication du livre « *Les Fossoyeurs* » visant le groupe Orpéa et suscitée par les restrictions à la liberté d'aller et venir des résidents, aggravées durant la pandémie. À titre illustratif, il est noté qu'entre 2019 et 2022, selon un sondage, la part des Français souhaitant rester à domicile est passée de 75 % à 81 %.

Les EHPAD ont également subi la conjonction de l'inflation touchant les principaux postes de charges que sont l'alimentation et l'énergie, des revalorisations salariales du Ségur mal compensées et de la progression insuffisante des tarifs hébergement.

Ils connaissent, de surcroît, une crise des ressources humaines caractérisée par des difficultés de recrutement, un fort absentéisme et un *turnover* qui obligent à recourir à l'intérim.

Enfin, ils sont confrontés à la nécessité de moderniser leurs structures sans disposer des financements pour investir au niveau suffisant.

Des interventions publiques jugées insuffisantes pour soutenir un modèle qualifié d' « à bout de souffle »

Il est relevé des initiatives locales nombreuses, mais de portée limitée dans un contexte de crise des finances départementales, l'enveloppe de 100 M€, allouée dans le cadre du fonds d'urgence créé en 2023 paraît sous-

^[1] <https://www.senat.fr/travaux-parlementaires/commissions/commission-des-affaires-sociales/situation-des-ehpad.html#c78030>.

dimensionnée et l'augmentation de 3 % de la valeur du point pour le calcul de la dotation soins est également jugée insuffisante.

Des mesures structurelles ont été timidement engagées, parmi lesquelles l'expérimentation de la fusion des sections tarifaires soins et hébergement, dont il conviendrait d'élargir le champ à un plus grand nombre de départements, ainsi que la prise en charge d'actions de prévention par la section soins.

Un ensemble de propositions pour sortir de la crise et préparer l'EHPAD de demain

Au vu des disparités entre départements dans la fixation des tarifs de dépendance et d'hébergement, il est proposé :

- De déterminer une valeur nationale de convergence du point GIR départemental en définissant, pendant une période transitoire, une trajectoire d'évolution à la hausse et un accompagnement financier des départements ;
- D'instaurer un plancher de revalorisation du tarif hébergement opposable à l'aide sociale, indexé sur l'inflation ;
- D'intégrer dans le périmètre des sections soins et dépendance des dépenses aujourd'hui financées par la section hébergement bien que relevant du soin et de la prévention de la perte d'autonomie.

Au-delà de la fusion des sections soins et dépendance, le modèle de financement est jugé comme devant être revu en profondeur. Une refonte du processus d'évaluation, via la coupe PATHOS, pourrait notamment permettre de réduire le délai entre deux coupes et de valoriser l'amélioration de l'état de santé des résidents. Il est souhaité une généralisation du tarif dit « global », en prêtant néanmoins attention à son évolution par rapport à l'inflation.

Afin de favoriser l'attractivité des métiers, il est préconisé une série de mesures pour :

- Lever les obstacles à la formation et au recrutement d'aides-soignants ;
- Revaloriser le rôle des infirmiers ;
- Reconnaître le statut d'infirmier coordonnateur...

Il est également proposé de fixer, dans une loi de programmation, une cible globale de ratio d'encadrement de 8 ETP pour 10 résidents.

Dans un contexte de pénurie des ressources humaines, et pour favoriser la flexibilité et la complémentarité entre les modes de prise en charge, il apparaît pertinent de développer des stratégies de mutualisation à l'échelle des territoires. Les ARS et les départements sont invités à se saisir de l'outil du groupement de coopération social ou médico-social (GCSMS) pour organiser une stratégie territoriale. Il est aussi conseillé de mener à bien le déploiement des centres de ressources territoriaux (CRT). Pour aller plus loin, une réforme du régime des autorisations pourrait permettre aux EHPAD d'offrir une gamme de services à la population âgée de leur territoire.

Des mesures sont également proposées pour améliorer le pilotage et l'organisation et il est attendu que soit réglée la question de la gouvernance portant sur une clarification des rôles respectifs des ARS et des départements.

Enfin le rapport insiste sur la nécessité de mieux adapter l'offre aux besoins en promouvant une architecture favorisant le bien-être des résidents, en prenant davantage en compte la transition écologique et numérique, et en développant la complémentarité entre les formes de prise en charge des personnes âgées.

Compte tenu du vieillissement accéléré constaté dans les départements d'Outre-mer, et particulièrement en Guadeloupe, un plan de rattrapage est préconisé.

Pour financer toutes ces mesures le rapport estime nécessaire d'augmenter les recettes de la branche autonomie par la création d'une deuxième journée de solidarité, permettant de générer 2,4 Md€ de recettes supplémentaires (3,3 Md€ en augmentant symétriquement la contribution des retraités) et il est proposé de généraliser une solution d'assurance dépendance obligatoire afin de couvrir une partie du reste à charge des résidents et de mettre davantage à contribution les résidents et leur famille.

Veille

Allocation de ressources aux établissements et services sociaux et médico-sociaux

Fixation des dotations régionales de dépenses 2024 des établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

L'arrêté du 14 juin 2024 (JO du 18 juin 2024) fixe pour l'année 2024 les dotations régionales limitatives de dépenses des établissements et services médico-sociaux publics et privés accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, mentionnés à l'article L. 314-3-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Les orientations de la campagne budgétaire 2024 de ces établissements et services ont été présentées dans l'instruction n° DGCS/SD5B/SD1B/DSS/SD1A/DGS/SP2/SP3/2024/65 du 10 juin 2024 (Voir *Finances hospitalières*, n°192, juillet - août 2024).

Financement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs

L'instruction n° DGCS/2A/5A/2024/68 du 14 juin 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/14 du 28 juin 2024) rappelle les modalités de financement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (SMJPM) et des services délégués aux prestations familiales (SDPF) et fixe les orientations relatives à l'examen des budgets 2024 de ces services.

Modification des dotations régionales « soins » 2024 des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées

La décision du 28 juin 2024 de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (JO du 29 juin 2024) modifie sa décision du 22 mai 2024 fixant les dotations régionales limitatives pour l'année 2024 des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

Les montants totaux France entière sont les suivants :

	Décision du 28 juin 2024	Décision du 22 mai 2024
Personnes âgées	16 008 316 162,63 €	15 997 854 162,61 €
Personnes handicapées	14 836 652 967,44 €	14 553 442 967,44 €

L'instruction n° DGCS/SD3A/SD3B/SD4B/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/97 du 27 juin 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/14 du 28 juin 2024) complète l'instruction n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62 du 22 mai 2024 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées pour l'exercice 2024. Elle organise la seconde partie de campagne budgétaire visant à mettre en œuvre les nouvelles mesures salariales issues de l'accord intervenu le 18 juin 2024 pour la revalorisation des bas salaires des personnels de la branche action sanitaire et sociale (privé non lucratif) et le financement des villages vacances.

Financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI)

L'instruction n° DGCS/SD3C/CNSA/2024/100 du 8 juillet 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/17 du 15 juillet 2024) précise les modalités de répartition et d'utilisation des crédits délégués par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) - dans le cadre du Programme 157 « Handicap dépendance » du budget de l'État - et par la CNSA - dans le cadre de l'article 103 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, pour le financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) en 2024.

Création d'un fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes handicapées

L'instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2024/104 du 8 juillet 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/17 du 15 juillet 2024) est relative à la création d'un fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes handicapées pour la période 2024-2027.

Situation financière des établissements et services pour personnes âgées

La CNSA, dans le 21^e numéro de « *Repères statistiques* », indique que la situation budgétaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics et privés non lucratifs s'est dégradée en 2022^[1]. Cette évolution est imputable principalement à la baisse du taux d'occupation et à la hausse de l'inflation ainsi qu'à l'augmentation des charges associées au recours à l'intérim.

Après les revalorisations liées au « Ségur », la hausse des charges de personnel (+ 8,5 % en 2020, + 8,8 % en 2021), qui ralentit en 2022 (+ 5,5 %), est notamment entretenue par les charges de personnel extérieur, incluant le recours à l'intérim, en hausse de 21,6 % en 2022. Celles-ci ont globalement doublé entre 2017 et 2022, dépassant le milliard d'euros par an.

L'inflation constatée en France (+ 5,2 % en 2022) concourt au renchérissement des achats et à la hausse des charges de fonctionnement (+ 6,8 % en 2022).

L'augmentation des recettes traduit les évolutions des deux principales sources de financement des EHPAD :

- En 2020 et en 2021, le financement de la branche Autonomie via l'objectif global de dépense (OGD) a très fortement augmenté (+ 23,2 % puis + 11 %) ; cette augmentation ralentit également en 2022 (+ 3,43 %) ;
- En 2022, l'apport des résidents des EHPAD augmente de 3,6 %, en rebond après deux années de baisse dues au recul du taux d'occupation des places en EHPAD. L'évolution de ce taux a un impact mécanique sur les recettes des établissements. Il est passé de 96,2 % en 2017 et 2018 à 91,5 % en 2021 et remonte à 92,9 % en 2022, à un niveau toutefois éloigné de ceux observés en 2017 et 2018.

En conséquence 60,3 % des EHPAD présentaient un résultat net négatif en 2022, contre 49,3 % en 2021 et la situation est relativement plus dégradée pour les établissements publics que pour les établissements privés non lucratifs.

En 2023, selon les résultats d'une enquête menée par la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) auprès de ses adhérents, plus de 65 % des ESMS, de statut public et privé, présentent un déficit, en aggravation de 23 % par rapport à 2022^[2].

Et ce, malgré :

- Le recours à des réserves de compensation pour 69,6 % des structures ;
- Le versement d'aides pour 42,3 % d'entre elles (crédits non reconductibles, subventions publiques et associatives, fonds d'urgence...).

Ces constats vont dans le même sens que ceux formulés par la Fédération hospitalière de France (FHF), à partir de l'enquête conduite auprès des EHPAD publics relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) (Voir *Finances hospitalières*, n° 191, juin 2024).

Il est rappelé qu'une mission d'information sénatoriale sur la situation des EHPAD est en cours.

Voir dans ce numéro l'article sur le rapport d'information sénatorial sur la situation des EHPAD.

^[1] <https://www.cnsa.fr/actualites/la-situation-budgetaire-des-ehpad-publics-et-privés-non-lucratifs-sest-degradee-en-2022>.

^[2] <https://www.fnadepa.com/actualite/communiqués-de-presse/barometre-rh-finances-juin-2024-la-douche-ecossaise-pour-les-etablissements-et-services-pour-personnes-agees/>.

Aide sociale à l'enfance (ASE)

Financement exceptionnel de l'État pour la prise en charge des mineurs non accompagnés confiés à ASE

L'arrêté du 27 juin 2024 (JO du 29 juin 2024) fixe le montant du financement exceptionnel de l'État pour la prise en charge des mineurs non accompagnés confiés à l'ASE sur décision de justice et pris en charge au 31 décembre 2023 : les départements ayant accueilli un nombre supplémentaire de mineurs non accompagnés à cette date par rapport au 31 décembre 2022 se voient attribuer un financement exceptionnel de 6000 € par jeune pour 75 % des jeunes supplémentaires pris en charge par l'ASE au 31 décembre 2023 par rapport au 31 décembre 2022.

Publication de deux instructions relatives à l'ASE

L'instruction n° DGCS/SD2B/2024/33 du 10 juillet 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/21 du 31 juillet 2024) rappelle les obligations relatives à la remontée des signalements et la définition du périmètre d'intervention des autorités de contrôle des établissements, services et lieux de vie et d'accueil de protection de l'enfance.

L'instruction n° DGCS/SD2B/2024/73 du 10 juillet 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/21 du 31 juillet 2024) rappelle les obligations relatives à l'hébergement des mineurs et jeunes âgés de moins de vingt-et-un ans, confiés à l'ASE dans des établissements autorisés au titre du CASF.

Publication de deux études sur l'ASE

La DREES publie le 23 juillet 2024, dans les « Dossiers de la DREES », n° 119, une étude qui rassemble et synthétise les données statistiques disponibles sur l'ASE^[3]. Cette étude dresse notamment un état des lieux détaillé des différentes mesures mises en place, des caractéristiques des bénéficiaires et des dépenses des départements. Elle présente également dans les « Dossiers de la DREES », n° 120, publiés le 30 juillet 2024, les premiers résultats de l'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) menée en 2022 qui analyse les tendances nationales et les disparités départementales.

Publications de la CNSA

La CNSA met en ligne sur son site :

- Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024^[4] ;
- Son rapport annuel 2023^[5] ;
- Les états financiers 2023 de la branche autonomie^[6] ;
- La synthèse des rapports d'activité 2022 des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui complète le numéro des « Repères statistiques » portant sur l'attribution des droits par les MDPH, diffusé en février dernier. Elle présente l'organisation des MDPH et les moyens dont elles disposent^[7] ;
- Une estimation du coût de la transition écologique dans les ESMS. Pour réduire les gaz à effet de serre au niveau d'ambition fixé par les accords de Paris, les opérateurs du médico-social auraient à financer un surcoût de charge d'exploitation et d'amortissements de près de 100 M€ la première année et qui en cumulé atteindrait 2,1 Md€ en 2030, tandis que les investissements cumulés s'élèveraient à 10,3 Md€ entre 2023 et 2030^[8].

^[3] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/240723_DD_aide-sociale_Enfance_2024.

^[4] <https://www.cnsa.fr/publications/chiffres-cles-de-laide-lautonomie-2024>.

^[5] <https://www.cnsa.fr/publications/rapport-annuel>.

^[6] <https://www.cnsa.fr/publications/etats-financiers-de-la-branche-autonomie>.

^[7] <https://www.cnsa.fr/publications/rapport-dactivite-des-maisons-departementales-des-personnes-handicapees-mdph>.

^[8] <https://www.cnsa.fr/actualites/quel-est-le-cout-de-la-decarbonation-de-la-branche-autonomie-de-la-securite-sociale>.

Publication d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les vacances organisées pour adultes handicapés

L'IGAS publie le 2 juillet 2024 un rapport intitulé « *Vacances organisées pour adultes handicapés (VAO) : état des lieux et leviers d'amélioration* », dans la continuité de l'enquête administrative qu'elle a conduite à la suite de l'incendie mortel survenu dans un gîte à Wintzenheim, en août 2023 ([https://igas.gouv.fr/vacances-organisees-pour-adultes-handicapes-etat-des-lieux-et-leviers-damelioration 1/1](https://igas.gouv.fr/vacances-organisees-pour-adultes-handicapes-etat-des-lieux-et-leviers-damelioration-1/1)).

En 2023, les 213 opérateurs VAO agréés ont organisé 5229 séjours pour plus de 55 000 vacanciers. Le rapport détaille les caractéristiques des opérateurs, des vacanciers et des séjours qui démontrent toute la richesse et la diversité de ce mode de vacances, mais aussi toutes les difficultés du secteur : recrutement et formation des accompagnateurs, qualité et sécurité des hébergements et des transports, aides financières pour les vacanciers...

Cette diversité est aussi source de complexité qu'appréhende avec trop d'imprécision la réglementation en vigueur, mettant en difficulté tant les opérateurs que les services de l'État chargés du suivi et du contrôle des séjours.

La mission recommande de :

- Mieux connaître et reconnaître les VAO comme dispositif favorisant les vacances inclusives et participant au droit aux vacances des adultes handicapés ainsi qu'au répit pour les aidants et les familles ;
- Renforcer la qualité et la sécurité des séjours mais aussi l'attractivité du secteur, essentiels à la pérennité et au développement des VAO ;
- Refondre le cadre réglementaire des VAO, mieux animer et organiser les missions de suivi et de contrôle des services déconcentrés de l'État, et les outiller en conséquence.

Publication d'un décret fixant les modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux

Le décret du 5 juillet 2024 (JO du 6 juillet 2024), pris en application de l'article 31 de la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, fixe les modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux accompagnant des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap, en coopération avec les établissements d'enseignement, afin d'éviter les ruptures de parcours. Ce mode de fonctionnement vise à faciliter les parcours des enfants et des jeunes entre les différentes modalités d'accompagnement, en limitant les recours à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et en permettant ainsi une meilleure adaptation à leurs besoins. En annexe figure le cahier des charges définissant les conditions de fonctionnement en dispositif intégré.

Ce texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Publication d'un décret relatif au tarif horaire minimal de l'aide à domicile

Le décret n° 2024-724 du 5 juillet 2024 (JO du 7 juillet 2024,) pris en application de l'article L. 314-2-1 du CASF dans sa rédaction issue de l'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, définit les règles de calcul et de versement aux départements, par la CNSA, du concours destiné à compenser les surcoûts induits par l'application du montant horaire minimal pour la valorisation des heures d'aide et d'accompagnement des services à domicile dans le cadre des plans d'aide financés par l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap pour l'année 2024. Il précise les données que les départements doivent transmettre à ladite caisse pour l'année 2024.

Ce texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Publication d'un décret relatif à l'expérimentation prévue à l'article 21 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

Le décret n° 2024-754 du 7 juillet 2024 (JO du 8 juillet 2024) définit les modalités d'organisation, de mise en œuvre et d'évaluation de l'expérimentation prévue par l'article 21 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie concernant les modalités de financement des services autonomie à domicile (volet aide et accompagnement) mentionnées à l'article L. 313-1-3 du CASF. Par ailleurs, il modifie l'article D. 312-1 du même code afin de permettre les interventions à partir du domicile des personnes accompagnées par les services autonomie à domicile.

Il entre en vigueur le lendemain de sa publication.

En application de ce texte, la CNSA a lancé un appel à manifestation d'intérêt destiné à sélectionner dix conseils départementaux qui expérimenteront les nouvelles modalités de financement du volet aide des services autonomie à domicile (SAD) à compter de 2025^[9].

Dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

La note d'information n° DGCS/SD3A/2024/105 du 8 juillet 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/17 du 15 juillet 2024) présente les orientations nationales du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation en 2024. Celui-ci consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie, sortant des urgences ou d'hospitalisation et ne relevant plus de soins médicaux hospitaliers, un hébergement temporaire d'une durée maximale de 30 jours, avant le retour à domicile dans un cadre sécurisé ou leur orientation vers une nouvelle structure d'accueil.

Publication d'un décret fixant le nombre de places en EHPAD en deçà duquel la fonction de coordination est occupée par un seul médecin coordonnateur.

Le décret n° 2024-779 du 9 juillet 2024 (JO du 10 juillet 2024), pris pour l'application de l'article 12 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, complète l'article D. 312-156 du CASF par un alinéa qui fixe à 200 le nombre de places en EHPAD en deçà duquel la fonction de coordination est occupée par un seul médecin coordonnateur.

Ce texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Publication par la DREES de deux études sur l'accompagnement médico-social des personnes handicapées en 2022

La DREES publie le 16 juillet 2024 « Études et résultats », n° 1306 et 1307, sur l'accompagnement social des personnes handicapées en 2022^[10].

Publication d'une instruction relative à la contractualisation préfet/agence régionale de santé (ARS)/conseil départemental en prévention et protection de l'enfance pour l'année 2024

L'instruction n° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2024/72 du 14 août 2024 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/25 du 30 août 2024) informe que les objectifs de la contractualisation ainsi que ses modalités de mise en

^[9] <https://www.cnsa.fr/actualites/un-appel-manifestation-dinteret-pour-experimenter-de-nouvelles-modalites-de-financement>.

^[10] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/240716_ER_AccompagnementPersonnesHandicapees.

œuvre, tels que définis dans l'instruction interministérielle n° DGS/SP1/DGCS/SD2B/2023/36 du 25 avril 2023 relative à la contractualisation préfet/ARS/département en prévention et protection de l'enfance pour l'exercice 2023, sont reconduits pour 2024. Dans ce cadre, le plan d'action peut être la simple reconduction de celui transmis en 2023.

Publication de l'avis du Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge sur le projet de décret relatif aux modalités d'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des EHPAD, PUV et USLD

Le Conseil de l'âge a rendu le 4 juillet 2024 son avis sur projet de décret relatif aux modalités de l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des EHPAD, des petites unités de vie (PUV) et des unités de soins de longue durée (USLD)^[1].

Le Conseil de l'âge maintient son avis globalement favorable à l'objectif de fusion des sections tarifaires « soins » et « dépendance » exprimé à l'occasion de son examen des mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.

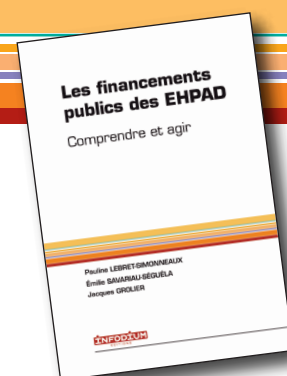
Il réitère ses interrogations sur le rythme très lent de montée en charge de la réforme, note toutefois que 23 départements se sont déclarés volontaires pour l'expérimentation, témoignant ainsi de leur intérêt pour la mesure, et informe que le Gouvernement est prêt à augmenter le nombre de départements pouvant opter, dans le cadre du PLFSS pour 2025. Le Conseil de l'âge propose un relèvement conséquent de ce contingent, à hauteur au moins de la moitié des départements.

^[1] https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/avis_du_conseil_de_l_age_-_projet_de_decret_experimentation_fusion_sections_soins_autonomie_ehpad-2.pdf.

Le guide indispensable pour gérer votre EHPAD

- Connaître le financement des établissements, les enjeux et les acteurs
- Comprendre le modèle de tarification et les bases de l'analyse financière
- Remplir les maquettes EPRD et ERRD et suivre les indicateurs financiers

Par **Pauline LEBRET-SIMONNEAUX**, **Émilie SAVARIAU-SÉGUÉLA** et **Jacques GROLIER**.



BON DE COMMANDE

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodivium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodivium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « Les financements publics des EHPAD : comprendre et agir » par Pauline Le Bret-Simonneaux, Émilie Savariau-Séguela et Jacques Grolier, 270 pages - (ISBN 978-2-9559203-8-1) TVA : 5,5 % Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	HT	TTC
	71,09	75,00
	5,00	6,00
	Total	<input type="text"/>

Mme, Mlle, M.
 Nom : Prénom :
 Établissement :
 Fonction :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : Fax :
 E-mail :

- Je règle par :
- Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIVIUM**. Je recevrai une facture justificative.
 - A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

Appel à manifestation d'intérêt pour expérimenter des actions de prévention de la perte d'autonomie dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville

La CNSA, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) lancent un appel à manifestation d'intérêt destiné à sélectionner 15 sites situés dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville qui construiront et expérimenteront des programmes d'accompagnement et de prévention de la perte d'autonomie auprès de publics âgés et fragiles entre 2025 et 2027^[12].

Contrôle de gestion et pilotage stratégique des établissements de santé - Pour une approche systémique et partagée

Publié par Infodium, également éditeur d'*Autonomie*, ce livre écrit par Erwan Ollivier, professeur de contrôle de gestion à l'EHESP propose une vision globale au service du pilotage stratégique et opérationnel des établissements de santé. Alliant expertises et illustrations pratiques, il permet aux professionnels de connaître les spécificités techniques du contrôle de gestion hospitalier, établir un bilan stratégique, identifier les risques et les principales marges de manoeuvre, partager un dialogue de performance et implanter une culture de l'anticipation et une approche décloisonnée. Il s'adresse aussi bien aux établissements public, non-lucratifs et privés et, par ses méthodes exposées, ne manquera pas de susciter la curiosité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. www.infodium.fr.

^[12] <https://www.cnsa.fr/actualites/un-appel-manifestation-dinteret-pour-experimenter-des-actions-de-prevention-de-la-perte>.

AUTONOMIE est une publication trimestrielle éditée par Infodium **Infodium**, www.infodium.fr - SASU au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Rédaction : infodium@infodium - Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - secrétaire de rédaction : Victor Emourgeon - Conception graphique et mise en page : Yohann Roy, Publatis. Abonnements : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement - ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr Tél : 02 31 59 25 00 - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau - 4 numéros par an - Abonnement 149 euros ttc par an - Prix au numéro : 49 euros ttc - n° de CPPAP en cours - ISSN en cours - Dépôt légal à date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur. www.autonomie-revue.fr.

Comité d'orientation : Marie ABOUSSA, Jacky BLOT, Marc BOURQUIN, David CAUSSE, Christophe DOUESNEAU, Gilles DUTHIL, François JÉGARD, Raoul TACHON, Clémence ZACHARIE.



BULLETIN D'ABONNEMENT



AUTONOMIE

Revue de gestion des ESSMS

À compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à :
Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016
61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

W1

4 numéros par an
+ 1 accès au site
www.autonomie-revue.fr
au prix de 145,94 € HT - **149 € TTC**
Soit 24 % de réduction par rapport
au prix de vente au numéro

Ci-joint mon règlement par :

- Bon de commande/réf. Chorus jointe
 Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une
facture justificative sera envoyée
 Mandat administratif/Réception de facture

Raison sociale :
Nom : Prénom :
Fonction :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Téléphone :
E-mail (mail version numérique) :
Cachet/Date/Signature

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
1^{er} Octobre 2024 au 31 Décembre 2025.