



Liberté . Égalité . Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales, du
travail et de la solidarité

8, avenue de Ségur
75350 PARIS 07 SP

Ministère de la santé, de la famille,
et des personnes handicapées

**DIRECTION GENERALE DE L'ACTION
SOCIALE**

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

MISSION MARTHE

**Le Ministre des affaires sociales, du travail
et de la solidarité**

**Le Ministre de la santé, de la famille, et des
personnes handicapées**

Le Secrétaire d'Etat aux personnes âgées

à

Madame et Messieurs les Préfets de Région

Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales (*pour mise en œuvre*)

**Mesdames et Messieurs les Directeurs des
Agences Régionales de l'Hospitalisation** (*pour
mise en œuvre*)

**Mesdames et Messieurs les Préfets de
Département**

Directions départementales des affaires sanitaires
et sociales (*pour mise en œuvre*)

**Instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n° 2003/ 20 du 13 janvier 2003 relative à
la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements
d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.**

Pièces jointes :

- **Fiche n°1 et annexes : Formalisation des procédures de négociation des conventions tripartites - Rappel de la procédure de validation des propositions de classement en GIR - Liste limitative des pièces nécessaires à la recevabilité du dossier de convention tripartite.**
- **Fiche n° 2 et annexes : Aide à la négociation des conventions tripartites - Les personnels médicaux hospitaliers dans les EHPAD – Universités proposant un DIU de médecin coordonnateur – Bilan de l'enquête BASILE relative aux premières conventions tripartites signées en 2001.**

Le processus de conventionnement, engagé dans les faits depuis juin 2001, après la parution du décret du 4 mai 2001, a permis la signature en un an de 1 135 conventions (chiffre au 30 novembre 2002) représentant environ 96 043 lits conventionnés, soit 18% de la capacité des EHPAD (hors logements foyers). Il apparaît désormais indispensable d'homogénéiser les modalités de signature des conventions tripartites et de répondre aux interrogations quant à la montée en charge de la réforme en raison des attentes fortes qu'elle suscite et de l'importance des besoins.

S'il convient de relancer la dynamique de conventionnement, il ne peut être question de réduire les exigences d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, qui doit constituer l'objectif essentiel des conventions tripartites. Il ne convient pas non plus de sortir du cadre financier de la réforme qui a prévu d'importantes mesures nouvelles.

La présente instruction, qui s'adresse aux autorités de tarification et aux établissements, a pour objet de rappeler les principes fondamentaux de la réforme de la tarification et de lever les obstacles au processus de conventionnement. Il s'agit également, à partir des résultats d'une enquête réalisée auprès de 21 départements, de diffuser les "bonnes pratiques" qui ont pu être observées. Ainsi, l'instruction donne-t-elle, d'une part, les indications nécessaires pour aboutir à une meilleure formalisation des procédures de négociation des conventions tripartites (fiche n°1) et, d'autre part, celles susceptibles de constituer une aide à la négociation (fiche n°2).

* * * * *

Le cahier des charges du 26 avril 1999 expose la philosophie générale de la négociation des conventions tripartites. Il s'agit, à partir d'une auto-évaluation réalisée par un établissement, de négocier des actions tendant à améliorer la qualité des aides et soins aux résidents sachant que les soins peuvent donner lieu à des financements complémentaires de l'assurance maladie.

Bien que la convention tripartite qui relate les engagements de l'établissement soit conclue pour une durée de 5 ans renouvelable il convient de rappeler que la démarche qualité est un processus continu.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de demander aux directeurs d'établissements de satisfaire à l'ensemble des dispositions prévues par le cahier des

charges dès la signature de la première convention : les objectifs qualité doivent toujours être fonction de l'établissement concerné et de la population accueillie. Ainsi, à l'expiration de la première convention tripartite, et même si la qualité des prestations offertes a évolué, l'établissement se verra assigner de nouveaux objectifs qualitatifs, qui pourront parfois être essentiellement ciblés sur le maintien des acquis.

La signature de la convention tripartite vise à engager un processus. Elle n'est pas l'aboutissement du processus d'amélioration de la qualité mais une première étape de ce processus. Cela signifie :

- qu'il n'y a pas, légalement, de pré-requis à la signature de la convention tripartite autre que la réalisation du diagnostic qualité qui peut se faire à partir d'ANGELIQUE. A titre d'exemple, il ne peut être demandé à un établissement, avant la signature de la convention tripartite, de s'inscrire d'emblée dans une logique de soins alors même que cela constitue un des objectifs qui peut lui être assigné dans le cadre d'un échéancier prévu à la convention. Il en va de même en ce qui concerne les exigences liées à l'accessibilité des locaux notamment.

Par ailleurs, il convient de rappeler que, indépendamment des repères de négociation élaborés par certains partenaires pour éclairer les discussions, aucune des parties à la négociation ne peut se prévaloir de normes d'encadrement globales ou sectorielles, de jour ou de nuit, l'encadrement qualitatif des établissements relevant autant d'une question d'organisation du travail que de normes.

A cet égard, je vous indique que les dispositions du décret n° 89-241 du 18 avril 1989 portant statuts particuliers des aides soignantes et des agents des services hospitaliers ne sont applicables qu'aux personnels des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires (établissements médico-sociaux et sanitaires hospitaliers).

- qu'il importe de définir, à partir du rapport d'auto-évaluation de l'établissement, deux ou trois grands objectifs déclinés, le cas échéant, sur une période infra-quinquennale (exemple : le premier objectif - qui consiste à définir le projet de l'établissement - devra être réalisé au plus tard dans l'année qui suit le début de l'application de la convention alors que le troisième - qui porte sur la réorganisation en unités de vie pour les personnes présentant une détérioration intellectuelle - est un objectif à 3 ans). Ces objectifs doivent être négociés entre les trois partenaires, sur la base du rapport d'évaluation fourni, dans le respect du champ de compétence de chacun.

En tout état de cause, les objectifs retenus, en nombre, en charge de travail et implication financière, doivent être réalistes et susceptibles d'être exécutés dans les délais impartis. Il s'agit d'apprécier les progrès qualitatifs obtenus dans le cadre de la convention tripartite, notamment au regard des moyens alloués.

Dans cette logique, il convient de programmer dans le temps les moyens alloués au titre de l'assurance maladie et de subordonner leur octroi à la réalisation des objectifs. Les arrêtés budgétaires annuels accompagnent, année après année, la bonne réalisation des objectifs inscrits à la convention. Des avenants devront être négociés si le rythme de montée en charge est différent de ce qui est prévu dans la convention initiale.

La phase aval d'évaluation est donc tout aussi importante que la phase amont de la négociation de la convention. C'est pourquoi il est souhaitable que la convention

tripartite prévoit que chaque établissement remette lors des discussions budgétaires un rapport faisant état du degré de réalisation des objectifs fixés et des éventuelles difficultés rencontrées.

Enfin, il convient de rappeler que la convention tripartite n'est pas un label de qualité qui atteste une prise en charge satisfaisante pour les résidents ; elle est la reconnaissance du fait que l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est entré dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et des aides dispensés aux résidents.

S'agissant des interventions des professionnels libéraux dans les établissements, un texte réglementaire, actuellement soumis à la concertation, précisera les conditions dans lesquelles elles s'exercent, en particulier en ce qui concerne les relations entre les établissements et ces professionnels, d'une part, leurs rémunérations, d'autre part. La signature d'une convention tripartite ne signifie naturellement pas l'impossibilité pour les infirmiers libéraux d'intervenir dans ces établissements.

En attendant la publication de ce texte, vous veillerez, à l'occasion de l'instruction des conventions tripartites, à ce que les domaines de compétence des professionnels de santé soient rigoureusement respectés. Il importe, notamment, que les modes d'organisation proposés par les établissements n'aboutissent pas à faire effectuer par des personnels insuffisamment qualifiés les actes dont l'exécution nécessite l'intervention d'un infirmier ou d'un médecin. Il est rappelé qu'en l'absence de convention tripartite, les infirmiers libéraux continuent à intervenir librement dans les établissements et à être payés à l'acte directement par le résident.

* * * * *

Les difficultés que vous rencontrerez dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification doivent être communiquées aux membres de la mission nationale, dont nous vous rappelons la nouvelle composition :

- Chef de la mission : Jean-Marie PALACH (IGAS) tel. 01 40 56 80 03.
- DGAS : Annick BONY (tel. 01 40 56 85 78), Fabienne DUBUISSON (tel. 01 40 56 86 80), Jean Pierre HARDY (tel. 01 40 56 86 56), Dominique TELLE (tel. 01 40 56 85 82).
- DHOS : Marc BOURQUIN (tel. 01 40 56 53 83), Josiane GOBITZ (tel. 01 40 56 49 67), Bruno MORIN (tel. 01 40 56 52 97), Nadine RICHARD (tel. 01 40 56 53 38).
- DGS : Benoît LAVALLART (tel. 01 40 56 41 27)
- DSS : Sylvain TURGIS (tel. 01 40 56 73 45).

Afin de favoriser la mise en commun des expériences positives et de remédier aux situations posant problème, la mission MARTHE réunira désormais tous les deux mois ses correspondants régionaux, qui se seront préalablement rapprochés de leurs

homologues départementaux. Les outils de diffusion de l'information, de pilotage et d'aide à la décision, indispensables à ce stade d'avancement de la réforme de la tarification, seront complétés et examinés à l'occasion de ces réunions.

Enfin, une circulaire précisant les objectifs de signature de conventions par région et les moyens budgétaires y afférents vous sera diffusée dans les prochaines semaines.

La directrice générale
de l'action sociale,

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,

Le directeur de la
sécurité sociale,

Sylviane Léger

Edouard Couty

Dominique Libault

Fiche n° 1

Formalisation de la procédure d'instruction des demandes de conventions tripartites

L'analyse des conventions tripartites de 5 régions (21 départements) a mis en exergue de bonnes pratiques partenariales qu'il apparaît intéressant de valoriser en vue notamment de faciliter la procédure d'instruction des conventions tripartites.

a) Commission départementale de suivi de la réforme

La circulaire du 26 janvier 2001 relative à la campagne budgétaire des établissements et services sanitaires et médico-sociaux pour personnes âgées a mis en place les commissions départementales de suivi. Ces commissions sont exclusivement composées des représentants des autorités de tarification, de l'assurance maladie, des établissements ainsi que des directions départementales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DDCCRF). Il leur est recommandé d'établir des relevés de conclusions et une programmation des perspectives de signature des conventions tripartites.

Il résulte des informations transmises par les 5 régions que ces commissions, lorsqu'elles sont installées, accomplissent pleinement les missions qui leur sont imparties.

En effet, si la commission n'a pas pour rôle d'expertiser chaque projet de convention et de demande d'allocation de crédits (cette commission ne peut se substituer aux partenaires de la négociation) ni de communiquer les conventions signées (pas de communication à des tiers de documents administratifs individuels), elle permet en revanche de rappeler les règles applicables en matière financière. Dans ce cadre, les DDASS doivent communiquer régulièrement à la commission départementale de suivi des synthèses financières départementales élaborées notamment à partir des indicateurs socio-économiques relatifs aux conventions signées.

Cette commission peut également avoir connaissance de démarches particulièrement intéressantes ou présentant un caractère innovant en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes et qui méritent d'être valorisées.

C'est pourquoi les départements dans lesquels aucune coopération entre les autorités de tarification et les représentants d'établissements n'a été mise en œuvre sont invités à régulariser cette situation. En effet, c'est dans le cadre de cette instance consultative qu'une concertation peut être engagée afin de s'assurer, notamment, de l'état d'avancement de la réforme dans le département et des difficultés rencontrées.

b) Sélection des établissements susceptibles de conclure rapidement une convention

Conformément aux dispositions de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes doivent signer une convention avant le 31 décembre 2005 et, s'agissant des logements-foyers, mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation, avant le 31 décembre 2006. Pour plus de facilités, un calendrier de travail prévisionnel peut être arrêté au niveau départemental, selon des modalités qu'il convient de définir dans le cadre de la commission départementale de suivi de la réforme, et communiqué aux établissements.

Il convient de rappeler qu'aucun critère n'est plus retenu au niveau national en termes d'accès prioritaire de telle ou telle catégorie d'établissements. Le délai supplémentaire accordé aux logements-foyers ne peut constituer un argument pour reporter l'instruction d'une demande.

Cependant, dans certains départements, des établissements ont été considérés comme prioritaires pour entrer dans la réforme, eu égard notamment au niveau de dépendance des résidents et au degré, faible ou inexistant, de médicalisation de la structure ou bien encore en raison des démarches qualité déjà initiées, afin de valoriser les travaux entrepris par les équipes des établissements. De même, dans d'autres départements, les premières conventions tripartites ont pu être signées au bénéfice d'une catégorie particulière d'établissements alors qu'il convient de veiller à la représentativité des établissements par strate. Dans cet objectif, vous vous attacherez prioritairement à négocier avec les unités de soins de longue durée (USLD) un nombre de conventions plus en rapport avec l'importance de ces structures dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Pour un même établissement public de santé, afin de faciliter la démarche de conventionnement, la signature de deux conventions pourra, à titre provisoire, être acceptée, l'une pour la ou les unités de long séjour, l'autre pour la maison de retraite, lorsqu'elles sont implantées dans deux bâtiments distincts. L'objectif demeurera néanmoins de s'inscrire dans une démarche de convergence tarifaire en vue de procéder à la signature d'une convention unique par établissement.

En tout état de cause, dans l'esprit de la réforme, il importe que les établissements prêts à signer immédiatement une convention, même s'ils ne satisfont pas aux éventuels critères de "sélection" mentionnés au paragraphe précédent, puissent le faire.

Le volontariat des établissements est un principe qui doit être respecté : ainsi, un logement foyer ne saurait être écarté au seul prétexte qu'il ne serait pas obligatoire qu'il entre dans la réforme, compte tenu du niveau de dépendance de ses résidents.

Enfin, s'agissant des unités de soins de longue durée, les travaux en cours sur les soins prolongés ne sont pas aboutis. Néanmoins, les soins prolongés ne devraient concerner que quelques milliers de personnes parmi celles qui sont accueillies aujourd'hui en USLD, surtout dans les services actifs. Ils nécessiteront, dans tous les cas, la présence d'un plateau technique important, proche des services de réanimation. Seules les USLD en budget annexe de centres hospitaliers importants pourront prétendre être transformées, pour une partie de leur capacité actuelle, en soins prolongés. La grande majorité des lits d'USLD sont concernés par la réforme ; Il

convient donc de les encourager à s'y engager sans attendre la définition des soins prolongés.

c) Modalités de contrôle et de validation des propositions de classement des résidents par GIR

Dans la mesure du possible, il convient d'organiser par établissement une seule procédure de contrôle, valant pour toutes les demandes d'évaluation de la dépendance par groupe iso-ressources, de façon à éviter que chacune des parties concernées valide le GIR des résidents à un titre différent (pour l'APA, pour la détermination des différents tarifs...).

Il vous est rappelé que les modalités de contrôle et de validation a posteriori des propositions de classement des résidents par GIR sont définies dans l'annexe de l'arrêté du 26 avril 1999 complétée par les réponses de la mission MARTHE. Un rappel de ces réponses figure en annexe à la présente fiche.

d) L'instruction du projet de convention

A la réception du projet de convention tripartite, la DDASS doit procéder dans un délai d'un mois à un examen préliminaire afin d'en apprécier la recevabilité en vérifiant :

- 1- le caractère complet du dossier de conventionnement qui doit comprendre, limitativement, le rapport d'évaluation avec ses points forts et faibles¹, le classement des résidents par GIR, le projet de convention intégrant les demandes financières argumentées, le budget ternaire à moyens constants, sans moyens nouveaux, et l'engagement de recruter un médecin coordonnateur ;
- 2- sa compatibilité avec les crédits de médicalisation ;
- 3- l'état de la situation au regard de la sécurité, pour inciter, si nécessaire, le maître d'ouvrage à faire toutes diligences afin de remédier aux insuffisances.

En effet, les DDASS n'ont pas à réfuter ou à déconstruire point par point les projets qui ne sont manifestement pas finançables. Elles doivent, en revanche, demander aux établissements de hiérarchiser leurs priorités.

La notification de la décision emportant la recevabilité du dossier de conventionnement doit intervenir dans un délai qui n'excède pas un mois à compter de la date de la réception de celui-ci.

Il vous est rappelé qu'ANGELIQUE est un outil d'auto-évaluation interne à l'institution qui doit être rempli avec l'ensemble de l'équipe de l'établissement dans le cadre d'une démarche participative. Les améliorations de qualité retenues comme prioritaires pour le projet de convention sont consignées dans le rapport d'évaluation qui, seul, est transmis aux parties à la négociation pour préparer la visite de l'établissement. C'est lors de cette visite qu'une discussion autour des constatations d'ANGELIQUE peut s'avérer légitime.

¹ Le rapport d'évaluation est disponible sur le site du ministère : social.gouv.fr

Dès lors que le dossier est recevable et notifié comme tel au directeur de l'établissement, il est souhaitable que l'instruction puisse permettre la signature de la convention tripartite dans un délai de 3 mois². Dans le cas où le dossier ne serait pas considéré comme recevable, dans l'hypothèse notamment où les demandes financières de l'établissement apparaîtraient exorbitantes au regard des dotations régionales et des indicateurs socio-économiques tels que mentionnés à l'annexe 7 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999, la DDASS, comme le président du conseil général pour ce qui le concerne, doit préciser par écrit les raisons de la non recevabilité de son dossier à l'établissement de façon à ce que ce dernier puisse déposer un projet amendé dans les plus brefs délais.

De plus, il est demandé aux Préfets / DDASS de signer l'arrêté tarifaire dans les meilleurs délais de façon à ce que les CRAM soient en mesure de verser rapidement les crédits de médicalisation inscrits à la convention (pour les établissements non connus des CRAM, le premier versement peut nécessiter un délai important).

Enfin, il convient de rappeler que les procédures de conventionnement et d'autorisation de dispenser des soins dans le cadre de la procédure en CROSS sont indépendantes l'une de l'autre.

En l'occurrence, il vous est rappelé que la signature de la convention n'est pas subordonnée à l'avis favorable de cette dernière instance. En amont de la négociation, et au plus tôt, il est souhaitable de présenter les demandes d'autorisation de dispenser des soins en CROSS sur la base du dossier simplifié prévu par l'arrêté du 6 juin 2002, publié au JO du 14 juin 2002.

e) Visite de pré-conventionnement de l'établissement

Dans les faits, on constate qu'une visite de l'établissement est organisée au moment de la négociation de la convention. Il paraît indispensable d'y convier l'ensemble des partenaires concernés (médecin inspecteur, DDASS / CRAM et/ou Conseil Général, représentants des autorités de tarification) sauf lorsqu'il s'agit d'établissements particulièrement bien connus. Un relevé commun d'observations doit être dressé par l'ensemble des partenaires concernés à l'issue de la visite.

² L'analyse des premières conventions montre que le délai moyen d'instruction se situe entre 2 et 4 mois dès lors que 2 ou 3 conventions ont déjà été signées dans le département.

Annexe 1 à la fiche n°1

Rappel de la procédure de validation des propositions de classement en GIR

A priori, toutes les propositions de classement des résidents par GIR devraient avoir fait l'objet d'un contrôle et d'une validation dans la mesure où les tarifs afférents à la dépendance s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2002.

Dans ces conditions, et à l'instar des démarches pragmatiques de certaines DDASS, il n'est pas nécessaire de procéder à une nouvelle validation du GIR moyen pondéré (GMP) en préalable à la signature de la convention tripartite, notamment lorsque le dernier GMP connu (obligation de procéder chaque année à un nouveau girage des résidents avant le 30 septembre) n'a pas varié de plus de 5%, à la hausse comme à la baisse. Dans ce cas, les données déclarées par l'établissement seront automatiquement validées sans contrôle.

Dans le cas contraire ou lorsque les établissements n'ont pas fait l'objet d'une validation récente de leur GMP, la commission de validation peut procéder de la façon suivante :

1 - la vérification de la cohérence du remplissage des différentes variables :

Il s'agit de s'assurer que les professionnels de l'établissement connaissent bien l'outil AGGIR et son utilisation.

Cette vérification sera réalisée soit sur l'ensemble des données de tous les résidents, soit sur un échantillon. S'il existe un problème de remplissage, il convient de refaire une information/formation du personnel à l'utilisation de la grille AGGIR.

2 - la procédure de validation proprement dite :

La procédure de validation des données produites par chaque établissement repose sur un tirage aléatoire de 10% des résidents, représentant toujours au moins 20 résidents.

Il convient de ne pas qualifier d'erreur la différence de codage liée à une évolution de l'état de santé du résident, amélioration ou aggravation, aisément objectivable.

S'il existe un taux d'erreur constaté sur les dix variables dites discriminantes de la grille AGGIR supérieur à 5%, après une information/formation sur l'outil, l'établissement refait le codage.

Ce n'est que secondairement, si les erreurs persistent, que le ou les médecins de la commission départementale de coordination médicale (CDCM) refont directement le codage de tous les résidents.

Annexe 2 à la fiche n°1**Liste limitative des pièces nécessaires à la recevabilité
du dossier de convention tripartite**

- **Le rapport d'évaluation avec ses points forts et ses points faibles**
- **Le classement des résidents par GIR**
- **Le projet de convention incluant les demandes financières argumentées**
- **Le budget ternaire à moyens constants**
- **L'engagement de recruter un médecin coordonnateur**

à l'exclusion :

- **du projet d'établissement**
- **du projet de soins**
- **du plan pluriannuel d'investissement**
- **du plan de formation**

si ces documents ne sont pas formalisés

Fiche n° 2

Aide à la négociation des conventions tripartites

a) Précisions quant à l'obligation de disposer d'un médecin coordonnateur

La signature d'une convention tripartite emporte le recrutement d'un médecin coordonnateur.

Celui-ci, dont le rôle est précisé par l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges, est nommément désigné dans la convention tripartite.

En l'absence de la parution du décret concernant l'intervention des professionnels libéraux en EHPAD, des problèmes dans le recrutement d'un médecin coordonnateur peuvent se poser, eu égard, notamment, à la rémunération de ce dernier et à la formation, sanctionnant une compétence en gérontologie, qu'il doit suivre.

En ce qui concerne le premier point, il vous est rappelé que la rémunération de l'activité de coordination est incluse dans le tarif soins de l'établissement. Pour satisfaire à cette obligation, l'établissement peut recruter un médecin salarié pour cette activité³: un médecin généraliste ou un praticien hospitalier selon les modalités prévues à ce statut. Ces dernières modalités sont présentées dans le tableau ci-joint.

Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le médecin chargé d'assurer la coordination des activités de l'EHPAD ne peut être que le chef de service ou de département, ou, dans les établissements qui auront jugé opportun de créer une fédération à cet effet, le médecin coordonnateur de cette fédération (en application des dispositions des articles L 6146-1 à L6146-8 du code de la santé publique relatives à l'organisation des soins et au fonctionnement médical).

Selon les dispositions de la circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/DSS-1A/MARTHE n°2001-569 du 27/11/01, il est possible de recruter un médecin coordonnateur, sans attendre la signature de la convention tripartite, « pour participer à la mise au point des objectifs de l'établissement en matière de qualité du projet de soins ».

Sur le second point, il vous est précisé que le médecin coordonnateur - qui doit être compétent en gérontologie - dispose d'un délai de 3 ans pour acquérir un des diplômes requis, s'il ne le possède pas lors de la signature de la convention.

La formation (capacité comme Diplôme Inter-Universitaire) peut être encore difficilement accessible à un médecin exerçant en milieu rural à distance d'une université, d'autant plus que toutes les universités ne proposent pas ce DIU (cf liste des universités jointe). Le cas échéant, et selon les contraintes géographiques (démographie médicale, absence de proximité d'une université.....), il vous appartient d'apprécier l'opportunité de proroger le délai de 3 ans d'une année.

³ L'activité éventuelle de soignant du médecin coordonnateur est financée par ailleurs.

La clarification du contenu des formations minimales, basé sur le programme du DIU, devrait paraître prochainement sous forme d'un arrêté (DGS). Ce texte s'appliquera donc également à la formation médicale continue, précisant ainsi sa place dans le dispositif de formation des médecins coordonnateurs.

Dans le cadre des moyens alloués par l'assurance maladie dans le cadre de la convention tripartite, chaque établissement peut prendre en charge, sur le tarif soins, les frais de formation du médecin coordonnateur, tant pédagogiques que de déplacement. Le temps de formation correspondant au prorata de son temps de présence dans l'établissement peut également lui être rémunéré.

b) Recommandations sur les aspects financiers des conventions tripartites

L'analyse des premières conventions tripartites signées en 2001 a permis de s'assurer que les objectifs de la réforme de la tarification ont bien été atteints. En effet, si une grande hétérogénéité dans la situation des établissements a pu être vérifiée avant la signature des conventions, celles-ci ont contribué à resserrer significativement les écarts (cf. bilan établi à partir d'une enquête de la DHOS menée dans 5 régions).

D'ores et déjà, des recommandations peuvent vous être apportées en ce qui concerne les stratégies de négociation.

Conformément à l'esprit qui préside au processus de conventionnement, tel que rappelé dans la présente instruction, il est souhaitable de programmer les moyens de l'assurance maladie dans une logique d'adéquation optimale entre les objectifs qualitatifs et les moyens attribués. Autrement dit, l'intégralité des crédits prévus dans la convention peut ne pas être allouée dès la première année d'exécution de la convention, mais en deux ou trois fois selon un échéancier prévu à la convention qu'il vous appartient de négocier.

Il importe de rappeler, à ce point, que les crédits versés par l'assurance maladie ne peuvent être attribués à titre rétroactif. En effet, l'acte générateur de l'allocation de moyens nouveaux est la signature de la convention tripartite. En conséquence, les crédits ne peuvent être octroyés que pour la période qui s'ouvre à compter de la date d'entrée en vigueur de ladite convention.

En ce qui concerne le niveau des crédits de l'assurance maladie - en référence au calcul de la dotation minimale de convergence - l'analyse des premières conventions montre que les DDASS ont bien tenu compte de la situation propre à chaque établissement (profil des résidents accueillis, GMP....) pour déterminer l'allocation de moyens. Ainsi, une certaine hétérogénéité dans les niveaux de crédits attribués a pu être constatée.

Cette individualisation des dotations doit être poursuivie en utilisant comme indicateur de ressources la dotation minimale de convergence (DOMINIC), conformément aux dernières instructions apportées par la circulaire du 10 avril 2002. La

DOMINIC +35% constitue un plafond sauf lorsqu'un effet mécanique doit être apuré ou un clapet anti-retour résorbé.

En amont, et comme cela a déjà été mentionné, il est important que l'appréciation de la situation propre à chaque établissement fasse l'objet d'un constat partagé.

Dans la plupart des cas, le nombre de points à attribuer sera de 300 ou de 800 selon les situations, si les médicaments sont inclus dans le budget soins. En aucun cas, la DDASS ne peut modifier ce nombre de points afin d'allouer à l'établissement une dotation de crédits d'assurance maladie beaucoup plus importante, en référence à la DOMINIC majorée de 35% par exemple. Seule l'objectivation d'une spécificité des résidents accueillis justifie, après avis du médecin de la CRAM, une telle décision.

En ce qui concerne les soins de ville, il est important de disposer, dans le cadre de la négociation, des données relatives à la consommation de l'établissement ex ante. En effet, c'est en toute connaissance de cause que la DDASS doit déterminer le montant des crédits d'assurance maladie à allouer à l'établissement. Elle doit donc être en mesure de confronter les éléments de la CRAM avec les besoins tels qu'annoncés par les établissements.

Les CRAM - qui ont déterminé le montant des dépenses de soins de ville dans l'ensemble des EHPAD - disposent de ces informations établissement par établissement et selon des périmètres différents (avec médicaments et petit matériel, sans médicaments et petit matériel notamment)⁴. Elles doivent être en capacité de vous communiquer ces données.

Précisions quant au contenu de la convention tripartite :

Au-delà des indications déjà apportées dans les circulaires en vigueur, il est important que les deux dispositions suivantes figurent dans le corps de la convention tripartite :

Sur le plan financier, la conciliation du caractère pluriannuel de la convention tripartite et de l'allocation annuelle des crédits ne doit pas se traduire par une absence d'engagement financier de l'Etat dans la convention. En effet, la confiance mutuelle entre les partenaires à la convention nécessite que des engagements réciproques, clairs, soient souscrits de part et d'autre. Ainsi, le niveau des crédits alloués à l'établissement, qui tient compte des objectifs assignés à ce dernier, doit être mentionné systématiquement de façon explicite.

Dans le cadre d'une programmation pluriannuelle des moyens, il est souhaitable de faire figurer dans la convention une clause spécifique qui subordonne les tranches de crédits supplémentaires à la bonne réalisation des objectifs qualitatifs assignés à l'établissement.

⁴ La détermination des dépenses de soins de ville hors médicaments et petit matériel médical figure dans les documents de la CRAM sous l'appellation « protocole de 1999 »).

Proposition de rédaction d'une clause :

« L'établissement bénéficie dès la première année d'exécution de la convention d'une allocation de moyens au titre de l'assurance maladie d'un montant deeuros en année pleine. Au terme de la première année d'exécution de la convention tripartite et au vu de la réalisation des objectifs de qualité prévus à l'articlede la présente convention, ce montant pourra être augmenté pour financer une nouvelle série d'engagements pour développer la qualité au sein de l'établissement, sous réserve de la compatibilité des enveloppes régionales limitatives de crédits prévues à l'article L.314-3 du code de l'action sociale et des familles ».

Sur le plan qualitatif, il est indispensable de prévoir dans la convention tripartite une clause de rendez-vous à une échéance qu'il vous revient d'apprécier. Celle-ci permettra de dresser, le cas échéant, l'examen des difficultés particulières rencontrées par l'établissement et d'évaluer l'état de réalisation des objectifs fixés à l'établissement. Dans le cadre des discussions budgétaires annuelles, il vous appartient bien entendu de faire un point sur l'exécution de la convention tripartite.

Annexe 1 à la fiche n° 2

Les personnels médicaux hospitaliers dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

I - Le recrutement des personnels médicaux hospitaliers par les EHPAD

La loi du 3 janvier 2002 a modifié notamment l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et prévu que le personnel des EHPAD publics peut comprendre des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens visés par l'article L.6152-1 du code de la santé publique. De même, les EHPAD privés peuvent faire appel à ces praticiens.

Afin de tirer les conséquences juridiques de cette disposition législative, les décrets statutaires relatifs aux personnels médicaux visés à l'article L. 6152-1 du code de la santé publique ont été modifiés. Leur publication est intervenue au Journal officiel du 8 décembre 2002 (décrets n° 2002-1421 et 2002-1422 du 6 décembre 2002).

I - 1) Les personnels titulaires

Pour les personnels titulaires régis par le décret n° 84-131 du 24 février 1984 (praticiens hospitaliers) et par le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 (praticiens exerçant à temps partiel), deux modifications ont été apportées :

- ils peuvent être nommés dans les EHPAD publics autonomes (leur situation ne change pas s'agissant de structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes gérées par un établissement public de santé) ;
- ils peuvent être détachés auprès d'un EHPAD privé.

I - 2) Les personnels temporaires

S'agissant des personnels temporaires (seuls sont concernés les praticiens contractuels régis par le décret n° 93-701 du 27 mars 1993 et les assistants régis par le décret n° 87-788 du 28 septembre 1987), ils peuvent être recrutés par les EPHAD publics autonomes (leur situation ne change pas s'agissant de structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes gérées par un établissement public de santé).

II - Les dispositions statutaires permettant aux personnels médicaux hospitaliers d'exercer une partie de leurs fonctions ailleurs que dans l'établissement public de santé où ils sont nommés

II - 1) Les activités en réseau et les actions de coopération

Les praticiens hospitaliers, les praticiens exerçant à temps partiel et les praticiens adjoints contractuels peuvent, notamment pour favoriser le développement de la mise en

réseau des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, exercer leur activité dans plusieurs établissements.

Les praticiens hospitaliers, les praticiens exerçant à temps partiel et les assistants des hôpitaux peuvent, exercer leur activité dans plusieurs établissements pour favoriser les actions de coopération visées à l'article L.6134-1 du code de la santé publique.

Une convention doit être passée entre l'établissement public de santé d'affectation conformément aux dispositions de l'arrêté du 17 octobre 2001.

Le bénéfice de l'indemnité pour exercice dans plusieurs établissements peut être accordé au praticien concerné après accord du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sous réserve, notamment, que l'activité effectuée en dehors de l'établissement de rattachement du praticien s'inscrive dans le schéma régional d'organisation sanitaire et représente un engagement du praticien au moins égal à deux demi-journées hebdomadaires en moyenne.

II – 2) l'activité d'intérêt général des praticiens statutaires à temps plein

Les praticiens hospitaliers à temps plein et les personnels enseignants et hospitaliers (PU-PH, MCU-PH, CCA) peuvent exercer une ou deux demi-journées hebdomadaires d'activité d'intérêt général dans un organisme ou un établissement non lucratif.

Une convention entre l'établissement d'affectation du praticien et l'organisme d'accueil doit être passée.

L'organisme d'accueil peut rémunérer le praticien.

III – Les fonctions de médecin coordonnateur

Dans les conditions rappelées ci-dessus, les médecins hospitaliers peuvent se voir confier les fonctions de coordonnateur d'un EHPAD.

Sauf dans le cas de fonctions exercées dans le cadre de l'activité d'intérêt général, ils ne peuvent recevoir aucune rémunération spécifique attachée à la fonction de médecin coordonnateur.

S'agissant des praticiens hospitaliers titulaires à temps plein et à temps partiel et des personnels enseignants et hospitaliers titulaires, la possession d'un diplôme (capacité, DU, DIU ou DESC) attestant une formation universitaire en gérontologie n'est pas exigée, sous réserve de justifier d'une réelle expérience en gériatrie.

Annexe 2 à la fiche n° 2

**Universités proposant un diplôme inter-universitaire (DIU) de médecin
coordonnateur
(Année 2002 – 2003)**

UNIVERSITES	PERSONNES A CONTACTER	TELEPHONE
BORDEAUX	Pr. EMERIAU – Pr. RAINFRAY	05.65.55.65.53
CLERMONT- FERRAND	Pr. LESOURD	04.73.60.80.00
DIJON NANCY STRASBOURG	Pr. PFITZENMEYER Pr. PENIN Pr. KUNTZMANN Dr KALTENBACH	03.80.29.39.70 03.83.15.33.22 03.88.11.55.01
GRENOBLE	Pr. FRANCO	04.76.76.56.18
LILLE	Pr. DEWAILLY	
LYON	Pr. COURPRON	
MARSEILLE	Pr. HEIM	04.91.38.37.62
MONTPELLIER NIMES	Pr. JEANDEL Pr. de WAZIERES	
NANTES ANGERS TOURS RENNES BREST	Pr. RODAT Pr. BERRUT Pr. CONSTANS Pr. JOUANNY Pr. GENTRIC	
NICE	Pr. BALAS Dr BROCKER	06.60.63.84.46
PARIS	Dr Anne-Sophie RIGAUD Pr. François PIETTE	01.44.08.36.36
ROUEN	Pr. CHASSAGNE	
St ETIENNE	Pr. GONTHIER	04.77.82.80.00 04.77.42.14.08
TOULOUSE	Pr. ALBAREDE Pr. VELLAS	05.61.77.20.42

Octobre 2002

Annexe 3 à la fiche n°2

Bilan de l'enquête relative aux premières conventions tripartites signées en 2001 Appelée BASILE (Base Synthétique d'informations liée au EHPAD)

L'enquête Midi-Pyrénées menée à l'initiative de la DHOS et de la DSS en vue d'expertiser notamment le coût de la réforme des EHPAD et d'apprécier les stratégies de négociation des DDASS a été étendue à 4 autres régions : Limousin, PACA, Picardie et Rhône-Alpes, sur la base de la maquette d'enquête ci-jointe.

Les régions ont été sélectionnées eu égard au nombre significatif de conventions conclues par rapport au nombre total de conventions signées au 31 décembre 2001. Les régions présentent des profils différents dans la mesure où une catégorie particulière d'établissements y est représentée.

Les résultats portent sur 131 conventions signées au 31 décembre 2001, soit 4,7% des établissements régionaux et représentent 4,6% des lits des régions¹.

Ils ne sont pas représentatifs, que ce soit en terme de statut des établissements, de capacité et de niveau de dépendance par strate. En conséquence, ils ne sauraient être utilisés pour être généralisés à l'ensemble des établissements du secteur.

Le bilan est présenté en trois parties :

- la première concerne la procédure d'instruction des demandes de conventionnement des établissements,
- la deuxième porte sur les aspects financiers des conventions signées,
- la troisième est relative au suivi de l'exécution de la convention.

¹ Les petites structures pour lesquelles un autre mode d'organisation des soins est possible conformément aux dispositions du décret du 20 novembre 2001 n'ont pas été défalquées du nombre d'établissements régionaux. Il en va de même en ce qui concerne le nombre de lits.

Ière partie : Instruction des demandes de conventionnement

Installation du comité départemental de suivi, composition et rôle (situation au 30 juin 2002)

Dans les 19 départements ayant répondu², le comité départemental de suivi de la réforme a été mis en place dans 13 départements, soit depuis 1999 soit récemment. Il est en cours d'installation dans 3 départements (le Rhône, l'Aisne et la Haute-Vienne³). Dans trois départements, il n'est pas prévu de le créer pour des raisons de mésentente entre les partenaires (l'Aveyron), de refus de la DDASS compte tenu de la non-représentativité des établissements (Tarn et Garonne), de turn-over des services (Vaucluse). A ce comité, se sont substitués des groupes de travail dans ces deux derniers départements.

Au niveau de la composition du comité, il convient de noter que l'ensemble des acteurs de la réforme y est représenté.

En ce qui concerne le rôle du comité, il constitue un lieu d'information, de concertation entre l'administration et les fédérations d'établissements permettant de diffuser les réponses aux difficultés soulevées. Il permet également de suivre la mise en œuvre de la réforme. Dans certains départements, comme le Tarn, le comité départemental aurait débattu des critères de sélection des dossiers, voire d'un calendrier de travail (Lot).

Démarche de sélection des établissements susceptibles de conclure une convention

Deux tendances se dessinent :

* Soit les DDASS ont décidé de procéder à l'instruction des projets de conventions dans l'ordre de leur arrivée et quel que soit le statut des structures : critère du volontariat et traitement des dossiers au fil de l'eau.

* Soit, elles ont souhaité introduire des critères de sélection des établissements tenant compte : du niveau de dépendance élevé corrélé à un faible niveau de médicalisation ou à un montant important d'effet mécanique, des établissements insuffisants en terme de qualité ou au contraire déjà performants, de l'existence ou non de surcoût pour les résidents.

Pour autant, cette dernière stratégie s'est heurtée à un principe de réalisme qui a conduit les DDASS à instruire les premières demandes déposées. De façon pragmatique, au-delà des critères définis, les DDASS semblent permettre également l'examen des dossiers sur la base du volontariat.

D'une façon générale, il a toujours été demandé aux DDASS de veiller à la représentativité des différents statuts des établissements signataires des conventions (à l'exception des logements-foyers).

Les premières circulaires budgétaires donnaient des orientations sur les établissements qui devaient bénéficier en priorité des conventions tripartites, compte tenu du fait que l'APA n'était pas encore versée (établissements peu médicalisés puis établissements dans lesquels un effet mécanique pouvait neutraliser la création d'un tarif dépendance). A partir de 2002, ces recommandations ont été abandonnées. Elles restent cependant présentes sur le terrain.

² sur 21 départements enquêtés.

³ Le Limousin est, au 30 juin 2002, la région qui a le plus conclu de conventions tripartites.

La fixation des critères de sélection des dossiers n'est pas en soi problématique dès lors qu'un calendrier de travail – communiqué à l'ensemble des acteurs – permet de programmer les négociations dans le temps. Excepté la Haute-Vienne et le Lot, cela ne semble pas être le cas.

Modalités de contrôle et de validation du niveau de dépendance des résidents

Deux modalités de girage semblent avoir été utilisées :

-1 – Majoritairement, Le GIR de chaque résident a fait l'objet d'une évaluation par le médecin de l'assurance maladie, du Conseil Général ou de la Commission Départementale de Coordination Médicale⁴.

2 – Une validation globale a été faite à partir des déclarations des établissements. Des vérifications ponctuelles ont pu être diligentées en cas de doute, ou après tirage au sort.

En Picardie, le girage des résidents a été contrôlé par l'équipe médicale, lorsqu'une variation de plus de 5 % entre deux années apparaissait.

L'enquête n'apporte pas suffisamment d'éléments pour apprécier ces choix. Cependant, compte tenu du fait que chaque établissement – signataire d'une convention tripartite ou non, doit communiquer à ses autorités tarifaires, avant le 30 septembre de chaque année, le niveau de dépendance le plus récent, les modalités de validation peuvent sans doute évoluer dans le temps. Si la validation individuelle est compréhensible pour un établissement qui n'a jamais satisfait à cette obligation, elle paraît plus sujette à caution lorsque l'exercice a déjà été fait. A cet égard, la méthodologie de la Région PICARDIE est très intéressante.

Visite de pré-conventionnement des établissements

Dans la grande majorité des cas, les DDASS déclarent avoir visité systématiquement chaque établissement souhaitant signer une convention. Excepté le département de l'Aveyron, la visite était effectuée avec les services des Conseils Généraux, et un médecin.

En Picardie, les établissements conventionnés n'ont pas tous été visités, compte tenu de la faible disponibilité des médecins. Les établissements non médicalisés et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ainsi que les établissements ayant fait l'objet de plaintes ou présentant des problématiques particulières, ont seuls fait l'objet d'une visite systématique destinée à évaluer globalement leur situation. Ces visites ont été réalisées à partir d'un guide d'évaluation externe, élaboré par la D.D.A.S.S. du Nord. Dans la Haute-Garonne et dans la Haute-Vienne, il n'y a pas eu de visite systématique.

La nécessité de cette visite est rappelée par les DDASS qui la considère comme étant un préalable à la négociation permettant d'apprécier la cohérence entre « la réalité du terrain et le référentiel qualité » ou d'adéquation avec le cahier des charges.

Bien souvent, elle s'ajoute aux visites effectuées dans le cadre de la validation du GMP de l'établissement.

⁴ D'après le Synerpa, plusieurs validations peuvent être faites par chacun des acteurs à un titre différent : pour l'APA, pour apprécier le niveau moyen de dépendance de la structure

Aucune recommandation n'a bien entendu été donnée aux services en la matière. On peut cependant, en pratique, s'étonner du caractère systématique de cette visite concernant des établissements déjà connus – sur le plan financier - de leurs autorités de tarification puisque bénéficiaires de crédits de médicalisation (près de 80% des établissements), sauf à ce que l'environnement des résidents n'ait pas suscité la curiosité des DDASS dans la mesure où le système de tarification antérieure reposait essentiellement sur de la reconduction de moyens.

L'exigence de pré-requis à la conclusion de conventions tripartites

Les DDASS, en accord le plus souvent avec les Conseils généraux, ont souhaité introduire des pré-requis à la négociation.

De multiples exemples en attestent :

* La sécurité la nuit semble avoir été un sujet de préoccupation : plusieurs DDASS ont demandé la création systématique de poste de nuit (sans forcément exiger une qualification précise) comme en Ardèche, dans la Somme, ou la région PACA, voire de deux personnels (un veilleur de nuit et une aide soignante dans les Hautes-Pyrénées).

* le respect d'un ratio de personnel par catégorie et en fonction du niveau de dépendance (au-delà d'un GMP supérieur à 500, les autorités de tarification demandent 0,25 personnels par lit au titre du soin, 0,10 au titre de la dépendance et 0,25 au titre de l'hébergement), a été défini dans les Hautes Pyrénées. D'autres DDASS ont porté leurs exigences sur la qualification des personnels (personnel diplômé souhaité dans le Rhône, des ASH faisant fonction d'AS et susceptibles d'être formés en AS dans la Loire / personnel qualifié sur le soin en excluant les faisant fonction dans la région PACA).

* la création de places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire a été systématiquement exigée dans le cadre de la convention tripartite⁵. Pour les Hautes-Pyrénées, il s'agit d'une véritable politique qui offre une alternative intéressante aux personnes qui sortent d'une hospitalisation et qui ont besoin d'un minimum de soins ou vivent à domicile, ce qui peut s'avérer lourd pour les familles. Dans le Tarn, la création dans chaque EHPAD, d'une unité de 15 à 20 lits pour la prise en charge des désorientés répondant à des critères précis (aménagement des locaux, qualification des personnels....) a été demandée.

* L'inscription dans une logique de réseau pour la prise en charge de soins spécifiques en région PACA a été sollicitée hors du cadre conventionnel.

* Des établissements ont du accepter l'absence de sélection des résidents à l'entrée ou sur la zone d'intervention de la structure (en Région PACA).

* La signature de la convention tripartite est subordonnée à l'avis favorable de la commission de la sécurité incendie ou du CROSS.

Dans le Limousin, aucune demande particulière n'a pas été sollicitée.

⁵ La DDASS a fait le constat que les taux d'occupation du département étaient de 96/97%. Elle a donc souhaité que les structures, au moment de la conclusion de ces conventions, développent des accueils de jour et d'hébergement temporaire. La DDASS a financé ces places sur les crédits de médicalisation des EHPAD en pratiquant toutefois un abattement de l'ordre de 10% sur le tarif des GIR 1 et 2.

Aucune instruction ministérielle n'a précisé qu'il convenait d'exiger des établissements le respect de certaines dispositions antérieurement à la signature des conventions tripartites, au contraire. Pour autant, les DDASS ont eu des exigences très variables d'un département à l'autre, qui s'ajoutent dans la plupart des cas aux préalables déjà nécessaires au conventionnement. Sur le fond, certaines de ces exigences sont très discutables : plus que la qualification des personnels, les DDASS s'attachent parfois à renforcer de façon significative les ratios de personnels de jour ou de nuit (alors que la corrélation avec la qualité du travail effectuée n'est pas faite, raison pour laquelle la MARTHE a rayé de son vocabulaire le terme de « ratio ». Au-delà, certaines exigences devraient être l'objet même de la convention et non des préliminaires (inscription dans un réseau par exemple).

Délai d'instruction des conventions

Les délais d'instruction des dossiers sont très variables d'un département à un autre. Ils semblent dépendre :

* de l'expérience des DDASS en matière de négociation. A cet égard les premières conventions ont nécessité un délai très long (18 mois au plus dans la Haute-Garonne / 6 à 8 mois dans la région PACA et dans le Tarn). qui s'explique aussi par l'insécurité juridique des textes sur cette période, certaines des conventions étaient déjà en négociation au moment de la parution du décret du 4 mai 2001. Après la signature de quelques conventions, le délai qui est mentionné est plutôt de l'ordre de 2 à 4 mois.

* des bonnes règles de collaboration entre les services de l'Etat et des Conseils Généraux qui permettent de gagner du temps. Dans les Hautes-Pyrénées, le délai d'instruction est de 15 jours à 3 semaines.

Le délai moyen d'instruction donné par les DDASS aujourd'hui se situe entre 2 et 4 mois.

Rédaction de la convention tripartite

Dans la quasi-totalité des départements, une convention type a été rédigée par les services des DDASS et des Conseils Généraux. Dans les Alpes Maritimes et la Haute-Vienne, les établissements, voire l'assurance maladie, ont participé à cette démarche. Une fois ce cadre validé, la convention type est adaptée à la situation particulière de l'établissement signataire, soit par la DDASS, soit par l'établissement (ce qui est plutôt rare).

Au niveau national, aucun modèle de convention type n'a été rédigé : le sur-mesure a été préféré au prêt à porter.

IIème partie :
les aspects financiers des conventions tripartites signées

Compte tenu de la diversité des établissements signataires (niveau de médicalisation de la structure, recours aux dépenses de soins de ville, politiques départementales favorisant le recrutement de personnels soignants à la charge des résidents.....), les résultats financiers des premières conventions sont appréhendés différemment en fonction des thématiques : au global, par département ou par strate.

Négociation des moyens au titre de l'assurance maladie

⇒ Le tarif partiel a été choisi dans 87% des cas.

⇒ Détermination du GMPS à partir du GMP de l'établissement

La valeur soin de 300 ou 800 points (GMP supérieur à 750) a été généralement respectée. Pour autant, certaines régions ont pu utiliser des valeurs intermédiaires (Limousin, PACA notamment), sans qu'aucune explication n'ait été avancée. En outre, le recours à PATHOS n'a pas été mentionné dans ces cas là.

⇒ Niveau d'allocation des moyens en référence à la DOMINIC

Globalement, hors apurement d'effet mécanique et de situation de clapet anti-retour, le plafond de la DOMINIC plus 35% a été respecté dans les établissements non ou peu médicalisés.

Si certains départements se sont efforcés dans un premier temps de ne pas aligner au même niveau les moyens des établissements, la DOMINIC plus 35% a cependant été très vite considérée comme le niveau de référence⁶.

La seule exception concerne le département de l'Oise dans lequel la DOMINIC plus 35% a été considérée comme un plancher ; les négociations entre l'Etat et le Conseil Général se déroulant sur un plan politique. De plus, la clarification des comptes des établissements gérés en budgets annexes a été fixée dans la convention comme un objectif à poursuivre, contrairement à la logique de la réforme qui repose sur une sincérité des charges et une répartition étanche des charges par financeurs supposées réalisées au moment de la signature de la convention.

Dans le département de la Somme, la DDASS a toutefois négocié des moyens entre DOMINIC et DOMINIC plus 35%, sachant qu'un engagement à terme a été pris de porter le niveau de ressources des établissements à la DOMINIC plus 35 %.

Dans le cadre des conventions, les crédits ont été très majoritairement alloués dès la première année (à 96% en moyenne). La DOMINIC plus 35% n'a donc pas constitué un niveau de moyens à atteindre à terme. Si cette tendance se confirmait, elle poserait un problème de financement dans la mesure où une programmation pluriannuelle de moyens a toujours été supposée lors de l'élaboration du plan de financement.

⁶ Le Tarn avait décidé d'allouer en fonction du niveau de dépendance des résidents, une DOMINIC dont le niveau avait été préalablement arrêté selon un barème unique dans le cadre d'une programmation de crédits à 5 ans. Très vite, les ressources de ces établissements ont été jugées trop faibles et des avenants ont été signés pour augmenter les moyens.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces démarches :

- la situation d'attente dans laquelle se trouvent les résidents en attente de prise en charge,
- le caractère de simplicité que cela induit pour les DDASS dans le cadre des négociations,
- la crainte de certaines DDASS de manquer de crédits dans les années qui viennent.

⇒ Le coût moyen d'une convention tripartite

Par département, strate ou établissement, les données relatives au coût moyen pour l'assurance maladie par convention s'avèrent relativement hétérogènes : de 34 453 euros par convention en moyenne dans un département à 4,05 M dans un autre ; de 175 299 euros dans une strate à 537 151 euros dans une autre.

En moyenne nationale, sans tenir compte des forfaits antérieurement alloués aux établissements et hors attribution de crédits à titre non rétroactif⁷, *une convention coûte à l'assurance maladie 243 105 euros (1,59 MF).*

Compte tenu du faible nombre de conventions et de la sur-représentation de certaines strates (notamment les 2 et 3), ce coût ne peut être considéré comme un indicateur suffisant pour apprécier globalement le coût de la réforme.

Il en est de même en ce qui concerne l'approche du coût moyen des ressources de l'assurance maladie allouée dans le cadre de la convention par place : 2 797 euros en moyenne pour les 131 conventions avec de grandes dispersions par région (de 1 774 euros en Limousin à 3 717 euros en région Rhône-Alpes), et département. Par strate, les moyens alloués par les DDASS par place semblent être corrélés avec le niveau de médicalisation.

Cette approche est plus fine et plus pertinente lorsque l'on tient compte de l'ensemble des ressources par place et par point de dépendance. Ainsi, *le coût annuel pour l'assurance maladie par place et par point de dépendance varie très peu (que ce soit par établissement, strate ou département) : 7 euros.* A l'exception de la région PACA dans laquelle les effets mécaniques sont très importants et la Région Limousin dans laquelle la majorité des établissements sont en clapet anti-retour, cette valeur semble être la valeur de référence.

La comparaison de la situation d'un établissement avant et après la signature de la convention atteste de la forte hétérogénéité dans le cadre binaire et d'une réduction des écarts dans le cadre ternaire.

⇒ Effets mécaniques :

La part des effets mécaniques financée dès la signature de la convention représente 16,8% du coût de cette dernière⁸. Elle est cependant très variable d'un département à l'autre ce qui s'explique par les choix politiques des Conseils Généraux de faire prendre en charge par les résidents certaines dépenses de soins que l'assurance maladie ne pouvait financer : de 0% (en Région Limousin) à 56% dans l'Ariège.

⁷ La Haute-Garonne a systématiquement octroyé aux établissements dépositaires d'un projet de convention en 1999 le montant de l'effet mécanique à titre rétroactif, sur un an⁷. Elle a justifié ces crédits - estimés d'après la DHOS à 547 000 euros pour les conventions analysées - par la réalisation d'embauches par anticipation ou d'achat de matériel médical. L'approche du coût d'une convention tripartite a nécessité de ne pas tenir compte de l'octroi de ces crédits alloués à titre non reconductible, même si cela a engendré un coût important pour l'assurance maladie.

⁸ La mission MARTHE l'a estimé à 20%.

Dans la région Midi-Pyrénées, des effets mécaniques ont pu être générés par le fait que certains établissements ont signé 6 mois après leur ouverture une convention tripartite alors que la convention aurait dû être signée antérieurement.

⇒ Programmation des moyens de l'assurance maladie

Très peu d'établissements ont bénéficié d'une programmation de moyens dans le temps.

A l'exception de l'Aisne, les conventions de la région PICARDIE ont toutes été conclues pour 1 an ; les DDASS ayant estimé ne pas être en capacité d'engager des crédits au-delà de cette période.

⇒ Appréciation du montant des dépenses de soins de ville

L'appréciation du montant des dépenses de soins de ville à intégrer dans les tarifs de soins des établissements semble avoir été problématique et un travail d'expertise sur cette question est indubitablement à faire.

Alors que la CMAMTS a lancé, à l'initiative de la mission MARTHE en 1999, un lourd travail d'investigation afin de déterminer établissement par établissement le montant des dépenses de soins de ville remboursées, cette source d'information ne semble pas connue des DDASS, voire contestée (sous ou sur évaluation). Seules 20% des DDASS ont utilisé cette information dans le cadre de leurs négociations. Dans la majorité des cas, les DDASS se sont basées sur les déclarations des établissements (36%). Dans le pire des cas, 10% des établissements, les DDASS ont procédé à leur propre estimation de façon purement forfaitaire. Dans le meilleur des cas, le DDASS ont utilisé la source d'information ERNEST et ont procédé à une comparaison entre ce montant et celui déclaré comme étant nécessaire par les établissements.

Comme pour le coût moyen d'une convention, le montant moyen des dépenses de soins de ville n'est pas représentatif. En moyenne, la part des dépenses de soins de ville représente 54,7 % (soit un montant très légèrement supérieur à celui estimé par la mission Marthe – 50%), avec bien entendu des écarts très importants entre établissement, par strate ou département. Ce coût intègre les médicaments (conventions tripartites conclues en 2001).

En termes de qualité

L'enquête ne permettait pas d'apprécier le coût/qualité des conventions tripartites. Cet exercice, qui nécessite une analyse fine des éléments du diagnostic de l'établissement et des objectifs qui en découlent, est par ailleurs fait par la DGAS qui a demandé aux services des éléments pour le 30 septembre 2002.

D'une façon générale, les éléments recueillis mettent en exergue les points suivants :

- ANGELIQUE semble avoir été utilisée systématiquement par les établissements,
- Toutes les conventions contiennent à priori des actions portant sur la qualité : définition d'un projet d'établissement, d'un projet de soins, inscription dans un réseau de soins notamment,
- leur déclinaison particulière par objectifs précis n'est cependant pas connue à ce stade. Certaines DDASS auraient, d'après leurs déclarations, fixés un nombre restreint d'objectifs : deux ou trois axes d'amélioration jugés prioritaires.
- Les objectifs fixés le sont à priori en début de convention pour 5 ans, avec parfois un échéancier ; la démarche suivie n'est en rien dynamique.

La démarche du département du Lot est à souligner, en tant qu'exemple d'une volonté de très, voire trop, bien faire : la convention tripartite contient un échéancier très voir trop précis des objectifs à réaliser. Par thèmes, l'établissement doit réaliser chaque année, ou à terme de la convention tripartite, des objectifs dont le contenu est très détaillé et différencié selon les structures.

Les moyens de l'assurance maladie ont permis principalement d'augmenter les emplois de 1301 dont 796 sont rémunérés par l'assurance maladie, soit 61%. En moyenne, par convention, plus de 9 emplois en équivalant temps plein, tous financeurs confondus, ont été créés.

Evolution des tarifs à la charge des résidents

L'évolution tarifaire a été mesurée en comparant les tarifs hébergement et dépendance des GIR 5 et 6 aux anciens de prix de journée. On suppose en l'occurrence que tous les résidents bénéficient de l'APA au taux plein.

Les données de 110 établissements sont exploitables.

Dans 78 établissements (70% des cas), les tarifs à la charge des résidents n'ont pas augmenté de plus de 2,8% (taux d'évolution autorisé dans les établissements lucratifs) et une part significative d'entre eux (56 établissements soit 71% des cas) ont baissé.

Dans 32 établissements, les tarifs ont augmenté, voir fortement.

Les facteurs d'évolution des tarifs s'expliquent par :

- L'apurement des effets mécaniques. Cela devrait se traduire par une baisse du tarif hébergement qui peut être plus ou moins neutralisée par les créations d'emplois acceptées par les Conseils Généraux. Rappelons que 505 emplois rémunérés par les tarifs afférents à la dépendance et à l'hébergement ont été créés, ce qui représentent en moyenne 3,8 emplois par convention.

- L'existence d'une politique départementale visant à contenir les évolutions tarifaires. Ainsi, le Conseil Général du LOT n'a pas accepté d'augmentation des moyens en personnel.

- la nécessité de réhabiliter les locaux voire de procéder à des opérations immobilières. L'enquête Midi-Pyrénées, qui comporte des données plus précises en terme d'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents, a mis en exergue le problème de vieillissement des structures d'hébergement qui nécessite des réhabilitations et de mise aux normes des locaux.

IIIème partie :
Suivi de l'exécution des conventions tripartites

La phase aval de la convention tripartite semble avoir été mis en parenthèse sans doute d'une part parce que la priorité est à la signature des conventions et d'autre part parce qu'il n'y a pas eu de véritable programmation de moyens dans le temps.

Pour autant, il paraît primordial d'évaluer la démarche qualité initiée par la signature des conventions. Si des clauses de rendez-vous ont été fixées, ce qui ne représente pas la majorité des cas, très peu de DDASS ont déclaré que leur objet était d'évaluer la réalisation des objectifs souscrits par l'établissement.

Il faudra sans doute donner très vite des instructions aux DDASS sur cet aspect.

Dans les départements de la Haute-Garonne, des Hautes-Pyrénées et du Rhône, aucune clause de rendez-vous n'a été fixée avant l'échéance quinquennale de la convention. En revanche, certaines DDASS se réservent la possibilité de faire des contrôles inopinés (Hautes-Pyrénées) lesquels sont cependant dépourvus d'efficacité dans la mesure où l'intégralité des moyens au titre de l'assurance maladie a été allouée dès la première année.

Dans les départements du Tarn et du Lot, les DDASS ont demandé à l'établissement de procéder à une auto-évaluation annuelle qui devra être remise à l'appui des documents budgétaires.⁹

En Ardèche, Creuse et Haute-Vienne, une clause de RDV a été systématiquement fixée en vue de procéder notamment à des ajustements financiers.

En PACA, un rendez-vous annuel est prévu mais non fixé dans la convention. Il permettra de vérifier l'avancement des objectifs fixés dans la convention et de faire le point sur l'adéquation des moyens.

⁹ La charge de travail que représente cette bonne intention fait dire à la DDASS du Lot qu'il sera difficile de procéder ainsi en 2002.

