

Point d'actualités nationales secteur médico-social

Séminaire des établissements sociaux et médico-sociaux
FHF Nouvelle Aquitaine
22 mars 2024

**Sandrine COURTOIS (s.courtois@fhf.fr) et Benjamin CANIARD (b.caniard@fhf.fr),
co-responsables du pôle autonomie - parcours**

Proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du « bien vieillir » et de l'autonomie

Une PPL « Bien Vieillir » peu ambitieuse déposée en décembre 2022

PPL portant **Mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France** déposée le 15 décembre 2022 par des députés de la majorité.

Les co-rapporteurs sont Annie Vidal et Mme Laurence Cristol pour l'Assemblée nationale et M. Jean Sol et Mme Jocelyne Guidez pour le Sénat.

Au départ le texte comptait 14 articles, puis de 73 après son passage à l'Assemblée nationale, pour aboutir sur **40 articles à l'issue de la CMP** organisés en 3 titres.

Réaction FHF à la présentation du texte : la PPL peut être perçue comme un signal positif mais ne répond pas aux attentes : le texte rassemble des mesures qui vont dans le bons sens mais n'engagent pas la transformation attendue.

Surtout, il ne prévoit pas de moyens supplémentaires pour la branche autonomie

16 mois entre le dépôt et l'adoption

- Dépôt du texte le 15/12/2022
- Examen en 1ère lecture à l'Assemblée nationale du 11 au 13 avril, puis du 20 au 23 nov 2023
- Examen au Sénat le 17 janvier 2024
- Commission Mixte Paritaire conclusive le 12 mars 2024 (texte disponible le 15 mars 2024)
- **Vote favorable à l'Assemblée nationale le 21/03/2024**, malgré la motion de rejet déposée par le PS
- **Vote attendu au Sénat le 27/03/2024**

Une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge (article 2 bis B)

- **Adoptée avant le 31 décembre 2024**, puis tous les 5 ans, **une loi programmation pluriannuelle** de pour le grand âge déterminera la trajectoire des finances publiques en matière d'autonomie des personnes âgées, pour une période minimale de 5 ans
- Cette loi de programmation devra définir les objectifs de financement public nécessaire pour assurer le bien-vieillir des personnes âgées à domicile et en établissement et le recrutement des professionnels, ainsi que les moyens mis en œuvre par l'Etat pour atteindre cet objectif

→ Cette mesure fondamentale et prioritaire pour la FHF, qui en réclame le principe depuis des années, a fait l'objet d'une adoption conforme par le Sénat et l'Assemblée nationale (votée à l'unanimité)

Pour autant, le nouveau Gouvernement, tant le Premier ministre que la nouvelle Ministre déléguée chargée des PA et PH, n'a pas confirmé le calendrier ni la forme de cette loi (de programmation, ou d'orientation...).

Lors de la séance publique à l'Assemblée nationale le 21 mars, la Ministre a seulement confirmé qu'il y aura **un débat autour des sujets de la gouvernance et des financements....**

1/ Des mesures structurantes sur les territoires :

- Plusieurs mesures soutenues par la FHF ont été confortées par la CMP :
- ✓ **Prévention** (article 2 bis A) : **généralisation d'un repérage systématique des fragilités chez les personnes âgées** = Mise en place à compter du 1er janv 2025 d'un programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins 60 ans, respectant un cahier des charges national fixé par voie réglementaire. Les rendez-vous de prévention prévus aux personnes d'au moins 60 ans contribuent à la mise en œuvre de ce programme → vise la démarche ICOPE de l'OMS
- ✓ **Regroupement des EHPAD publics avec la création des Groupements Territoriaux de Coopération sociale et médico-sociale (GTSMS)** (article 1 bis F) = principes de non-isolement des EHPAD publics autonomes et d'une réponse coordonnée aux besoins sur un territoire, via l'adhésion obligatoire des résidences autonomie publiques, EHPAD publics, AJ et services à domicile publics **soit à un GTSMS soit à un GHT.** → voir détail après
- ✓ **Création d'un Service Public Départemental de l'Autonomie** (article 1 bis A) - cf. rapport de D. Libault = Création d'un SPDA dans chaque département, guichet unique pour faciliter les démarches des PA, PH et des aidants, en garantissant que les services et les aides soient coordonnés, que la continuité de leur parcours soit assurée et que le maintien à domicile soit soutenu, dans le respect de leur volonté.

2/ Des mesures qui apportent une « petite respiration » aux ESMS publics :

✓ Modulation des tarifs des EHPAD habilités à l'aide sociale

→ Voir détail après

Disposition qui ouvre la possibilité aux EHPAD totalement ou majoritairement habilités à l'aide sociale de choisir de fixer, pour les résidents ne relevant pas de l'aide sociale et « pour un même niveau de garantie », un tarif hébergement différent de celui applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale, dans la limite d'un écart fixé au niveau national par décret, et avec des conditions pour garantir l'accueil de bénéficiaires de l'aide sociale et prévenir tout risque d'éviction

✓ Aménagement de la réforme des services à domicile

→ Voir détail après

- Décalage de 6 mois de la date limite à laquelle les SSIAD doivent déposer une demande en vue de leur autorisation en qualité de SAD (**au 31 décembre 2025**, au lieu du 30 juin 2025)
- Autorisation temporaire de constitution des SAD **sous la forme d'un conventionnement dont le délai maximum a été porté de 3 à 5 ans**, ou d'un GCSMS entre un service proposant de l'aide et un SSIAD.
- En cas de refus d'autorisation comme SAD par l'ARS et le CD, le SSIAD peut continuer de dispenser des soins à domicile au titre de l'autorisation en cours, pendant au maximum deux ans à compter de la notification de la décision de refus
- Inversion du principe « silence vaut rejet » pour les demandes d'autorisation déposées par les SSIAD. Dans ce seul cas, le silence gardé par l'ARS et le CD pendant **6 mois vaut acceptation** de l'autorisation

3/ Des mesures de souplesse intéressantes

✓ Expérimentation de l'accueil de nuit en EHPAD et résidence autonomie

- Expérimentation à partir du 1^{er}/06/24 par le DG ARS, après consultation du PCD, pour une durée de 2 ans, de l'instauration d'un quota minimal de chambres réservées à l'accueil exclusif de nuit dans les EHPAD
- Les modalités de mise en œuvre et la liste des territoires concernés seront déterminées par décret
- Un rapport d'évaluation est remis 6 mois avant le terme de l'expérimentation, permettant d'évaluer l'opportunité de sa généralisation et de sa pérennisation

✓ Accueil de jour

- Au titre de l'accueil temporaire, les établissements peuvent assurer un accueil de jour au sein des locaux dans lesquels ils assurent un accueil à titre permanent.
- Lorsque ces établissements disposent d'une capacité d'accueil autorisée inférieure à un seuil fixé par décret (6 places), ils peuvent **assurer cet accueil de jour pour chacune de leurs places disponibles.**

✓ Financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie dans les forfaits soins

- Possibilité de financement notamment d'actions de prévention de la dénutrition, ou en faveur de l'activité physique adaptée, des actions de professionnels visant à améliorer la qualité de l'accompagnement et des actions de stimulation cognitive → liste non limitative

4/ Des mesures problématiques / inopportunes supprimées ou ajustées :

✓ La nomination des directeurs d'EHPAD publics avec avis du PCD (article 1er Bis BA)

Article additionnel issu du Sénat posant le principe d'un avis simple du PCD sur la nomination des directeurs d'EHPAD publics en remplacement de celui émis par le maire de la commune d'implantation qui assure la présidence du conseil d'administration. La FHF s'est fortement mobilisée pour demander la suppression de cette disposition. → L'article a été supprimé lors de la CMP.

✓ Droit de venir accompagné avec des animaux de compagnie

Mesure ajoutée lors de la discussion à l'Assemblée nationale sous forme de droit opposable et largement réécrite par le Sénat avec une simple référence à la définition des conditions d'accueil dans le règlement.

La CMP a adopté une rédaction de compromis qui consacre **un droit « sous réserves »** et permet de s'assurer que « les résidents seront en capacité de s'occuper de leurs animaux de compagnie et que cette activité ne reposera pas sur les personnels des établissements »

5/ De nouvelles dispositions pour information

✓ Conférence nationale de l'autonomie et centre national de ressources probantes

- Une conférence nationale de l'autonomie est organisée au moins tous les 3 ans afin de définir des orientations et de débattre des moyens de la politique de prévention de la perte d'autonomie.
- Création d'un centre national de ressources probantes (centre de preuves) auprès de la CNSA, chargé de recenser / diffuser les actions de prévention de la perte d'autonomie, et d'élaborer des référentiels d'action / de bonnes pratiques et d'évaluer les équipements et les aides techniques

✓ Mise en cohérence des calendriers des schémas médico-sociaux des ARS et des CD

- Mise en cohérence des calendriers et temporalités des schémas régionaux de santé et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.
- Entrée en vigueur à compter du 1er jour suivant une période de 5 ans à c/ de la promulgation de la loi.

✓ Modalités de publication par la CNSA d'indicateurs qualité applicables aux ESMS

- Fixation par décret de ces modalités, indicateurs définis « dans un format clair et accessible ».
- Suppression de l'énumération des types d'indicateurs publiés par la CNSA sur le fonctionnement des établissements, pour **permettre une concertation sur leur définition**
- Définition dans un décret des critères de renouvellement d'autorisation de l'activité de l'établissement.

5/ De nouvelles dispositions pour information (suite)

✓ Renforcement de la bientraitance et droit de visite en ESMS

- Intégration de la prévention et de la lutte contre la maltraitance dans l'article L 311-3 CASF
- Les établissements garantissent le **droit des personnes « de recevoir chaque jour tout visiteur qu'elles consentent à recevoir »**, sans information préalable de l'établissement.
- Le directeur ne peut s'opposer à une visite que si elle constitue une menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement ou si le médecin coordonnateur ou, à défaut, tout autre professionnel de santé consulté par le directeur estime qu'elle constitue une menace pour la santé du résident, pour celle des autres résidents ou pour celle des personnes qui y travaillent. La décision, motivée, est notifiée sans délai à la personne sollicitant la visite et au résident
- Des dispositions identiques pour les établissements de santé sont introduites dans le CSP

✓ Règles relatives à la quantité et à la qualité nutritionnelle des repas pour les EHPAD, règles fixées par un cahier des charges établi par arrêté

✓ Modalités de conclusion du contrat de séjour

Recueil de l'accord écrit préalable de l'occupant au contrôle dans son espace de vie privatif, ou de l'expression de son refus, à l'occasion de la conclusion du contrat de séjour ou de l'élaboration du DIPC (l'accord ou le refus y est consigné par écrit et révocable à tout moment).

5/ De nouvelles dispositions pour information (suite)

✓ Renforcement du dispositif d'alerte en cas de maltraitance

- Renforcement du dispositif d'alerte en cas de maltraitance au travers d'une centralisation au sein d'une cellule unique pilotée par l'ARS, en charge du recueil, du suivi et du traitement des signalements de maltraitements à l'égard des personnes majeures vulnérables du fait de leur âge ou de leur handicap
- Transmission des signalements à l'ARS, au Préfet et au CD selon les situations, pour évaluation, suivi, traitement, clarification des responsabilités
- Présentation chaque année à la CRSA de l'ARS d'un compte-rendu par département de son activité

✓ Contrôle des antécédents judiciaires

- Contrôle des antécédents, dont le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJASV), des personnes qui interviennent ou exercent de façon permanente ou occasionnelle, ou bénévole, au sein des ESMS.
- Attestation délivrée par l'administration tenant compte des condamnations définitives, non définitives et des mises en examen. En l'absence de condamnation définitive l'employeur peut suspendre temporairement la personne frappée par l'incapacité.

6/ De nouvelles dispositions pour **les services à domicile**

✓ Création d'une carte professionnelle pour les services à domicile

- Création au 1er janvier 2025, destinée aux professionnels intervenant au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées justifiant de **3 années d'exercice professionnel** ou d'une **attestation de qualification et de compétence** ; Les catégories de professionnels bénéficiaires et modalités de délivrance et de retrait de la carte seront définies par décret.

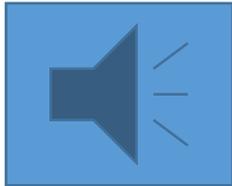
✓ Création d'une aide financière annuelle versée par la CNSA aux départements

- Aide pour contribuer au soutien à la mobilité et l'organisation de temps de dialogue pour les professionnels de l'aide et de l'accompagnement à domicile exerçant en service autonomie à domicile.
- Les CD transmettent chaque année à la CNSA les montants, objets des aides allouées et une évaluation de leur effet

✓ Expérimentation à compter du 1er janv 2025 d'un nouveau mode de financement des SAAD

- Expérimentation, de 2 ans au maximum, dans 10 départements volontaires d'un financement par des dotations globales ou forfaitaires se substituant aux tarifs horaires et à la dotation qualité
- Ces expérimentations feront l'objet d'une convention à signer entre CD/ARS/CNSA et donneront lieu à une évaluation six mois avant la fin, avec rapport remis au Parlement

Communiqué de la FHF (15 mars 2024) : « des avancées mais des attentes qui restent fortes sur une grande loi plus indispensable que jamais »



- **La FHF salue les avancées contenues dans le texte de compromis issu de la Commission mixte paritaire (CMP) réunie 12 mars pour examiner la proposition de loi pour bâtir la société du Bien vieillir et de l'autonomie**
- Cette loi comporte **des mesures structurantes pour le secteur public, pour lesquelles la FHF s'est battue et des avancées en matière de prévention auprès des personnes âgées**
- Elle ne constitue toutefois qu'une première étape et **doit être suivie d'une loi sur le Grand âge annoncée par le gouvernement d'ici la fin de l'année 2024**, dont le principe avait déjà été voté à l'unanimité des parlementaires
- À court terme, **des mesures fortes sont attendues dans la circulaire de campagne budgétaire pour soutenir les EHPAD publics** qui traversent une crise financière inédite sur laquelle la FHF alerte depuis plus de 2 ans

Possibilité de « modulation tarifaire » pour les EHPAD habilités à l'aide sociale

Possibilité nouvelle ouverte aux EHPAD habilités AS de « moduler » leurs tarifs hébergement sans recours à la convention d'aide sociale

L'article 10 bis ouvre la **possibilité aux EHPAD totalement ou majoritairement habilités à l'aide sociale de choisir** de fixer, pour les **résidents ne relevant pas de l'aide sociale** et « pour un même niveau de garantie », **un tarif hébergement différent** de celui applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale, dans la **limite d'un écart fixé au niveau national par décret**, et avec des conditions pour garantir l'accueil de bénéficiaires de l'aide sociale et prévenir tout risque d'éviction.

- ✓ **Entrée en vigueur** : à compter du 1er janvier 2025 et ne pourra concerner que les personnes admises en EHPAD après cette date.
- ✓ **Suivi** : Avant le 31 mars de chaque année, les établissements concernés transmettent au département 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.
- ✓ **Garanties** : Un décret fixera un taux « plancher » d'accueil des personnes au titre de l'aide sociale. En cas de baisse supérieure à ce taux, le maintien du régime tarifaire sera conditionné à la conclusion d'une convention d'aide sociale d'une durée maximale de 5 ans entre l'établissement et le département « fixant des objectifs en matière d'admission de bénéficiaires de l'aide sociale ».

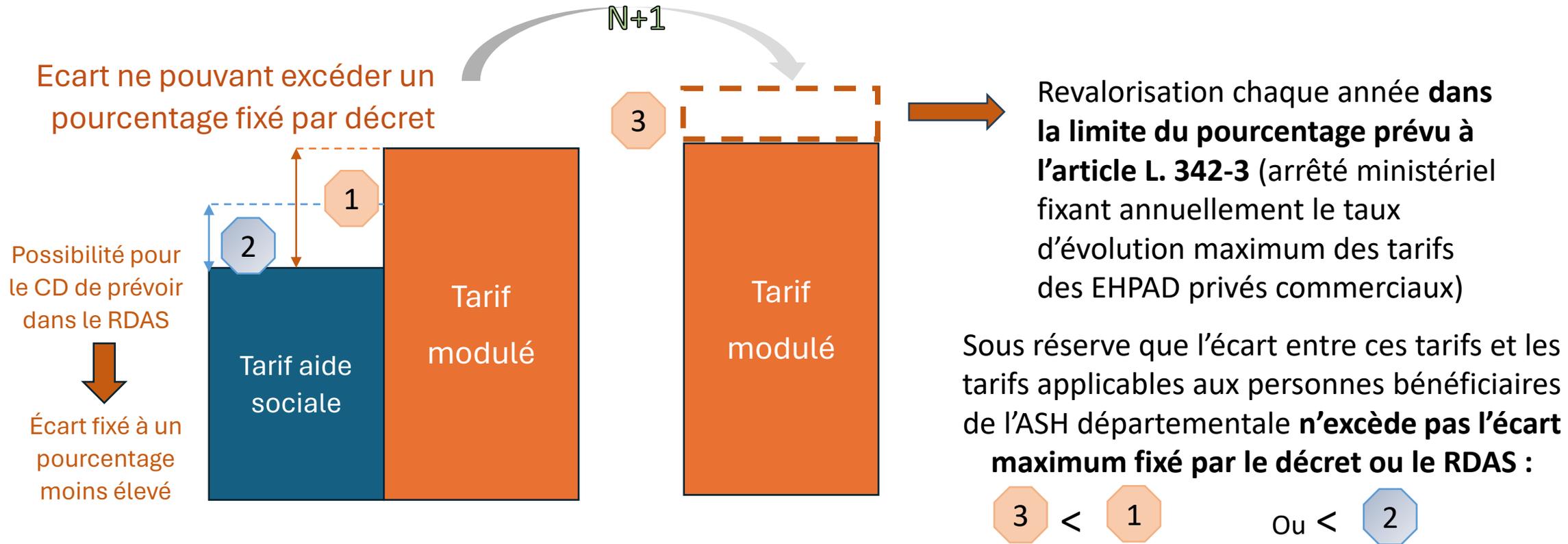
Possibilité nouvelle ouverte aux EHPAD habilités AS de « moduler » leurs tarifs hébergement sans recours à la convention d'aide sociale

- ✓ **Revalorisation des tarifs** : Les tarifs appliqués aux résidents non bénéficiaires de l'aide sociale départementale seront revalorisés chaque année dans la limite du pourcentage prévu à l'article L. 342-3 (arrêté ministériel fixant annuellement le taux d'évolution maximum des tarifs des EHPAD privés commerciaux), sous réserve que l'écart entre ces tarifs et les tarifs applicables aux personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale n'excède pas l'écart maximum fixé par le décret ou le règlement départemental d'aide sociale (RDAS).
- ✓ **Possibilité pour les Conseils départementaux de fixer des évolutions tarifaires plus strictes** :
Chaque département gardera la possibilité de fixer, dans son RDAS, des garanties et conditions plus strictes que le cadre national :
 - L'habilitation à l'aide sociale, le CPOM ou une convention d'aide sociale conclue pour une durée maximale de 5 ans peuvent fixer à l'établissement des objectifs en matière d'admission de bénéficiaires de l'aide sociale.
 - Le RDAS peut fixer un écart de tarifs inférieur à celui du décret.
- ✓ **Extinction du dispositif existant de convention d'aide sociale existant** :
- ✓ Les conventions d'aide sociales qui avaient pu être conclues en application de l'article L 342-3-1 du CASF dans sa rédaction antérieure prennent fin au plus tard le 1er janvier 2027.

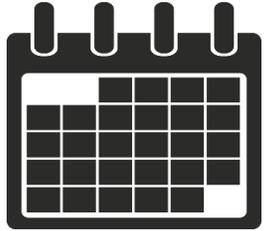
Possibilité nouvelle ouverte aux EHPAD habilités AS de « moduler » leurs tarifs hébergement sans recours à la convention d'aide sociale

Conditions :

- Être habilités totalement ou majoritairement au titre de l'aide sociale
- Opter pour ce régime tarifaire après en avoir informé le conseil départemental



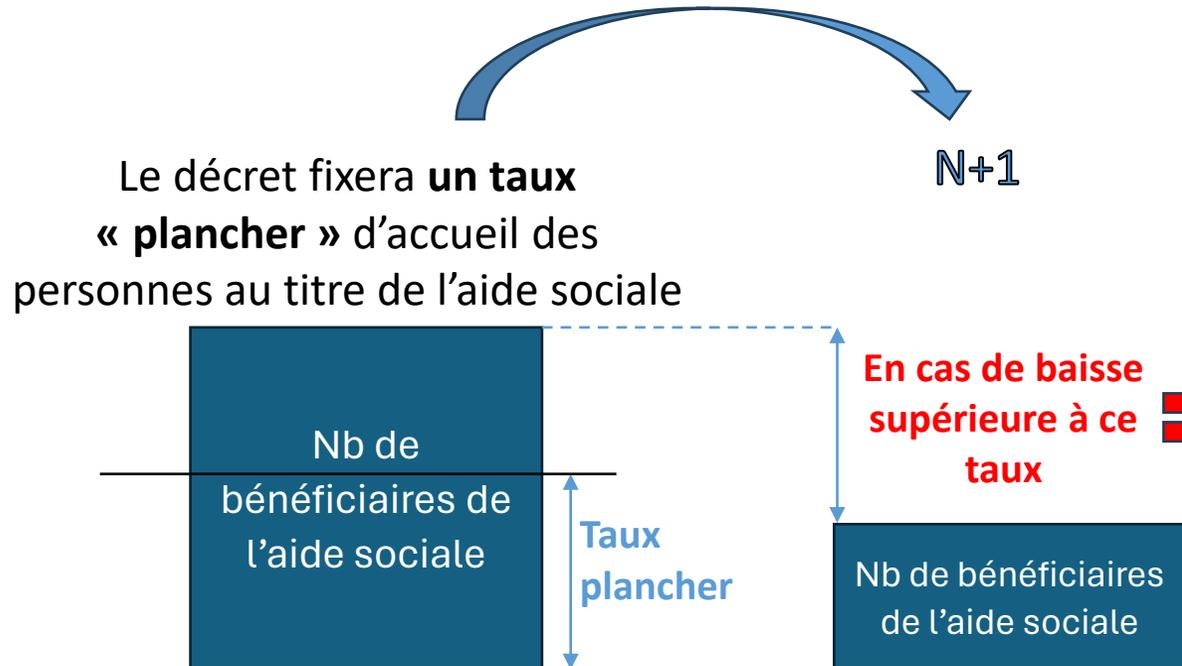
Possibilité nouvelle ouverte aux EHPAD habilités AS de « moduler » leurs tarifs hébergement sans recours à la convention d'aide sociale



La mesure entre en vigueur **à compter du 1er janvier 2025**

et ne pourra concerner que les personnes admises en EHPAD après cette date

Les conventions d'aide sociales qui avaient pu être conclues en application de l'article L 342-3-1 du CASF dans sa rédaction antérieure prennent **fin au plus tard le 1er janvier 2027**



→ Avant le 31 mars de chaque année :

Transmettre au PCD : 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**

conclusion d'une convention d'aide sociale d'une durée maximale de 5 ans entre l'établissement et le CD « fixant des objectifs en matière d'admission de bénéficiaires de l'aide sociale » pour maintenir le régime tarifaire

→ Possibilité que l'EHPAD ait des **objectifs en matière d'admission de bénéficiaires de l'aide sociale** : dans l'habilitation à l'aide sociale, le CPOM ou une convention d'aide sociale conclue pour une durée maximale de 5 ans

Mesure « GTSMS » dans la PPL bien vieillir :

**le groupement territorial social et médico-social,
outil de la structuration territoriale de l'offre
médico-sociale publique**

Outre l'hétérogénéité des statuts, **l'offre publique est caractérisée par son atomisation aboutissant à des situations d'isolement**, notamment dans les zones à faible densité démographique où l'offre publique est souvent la seule présente. **Cette situation concerne en particulier les EHPAD publics autonomes :**

- Dans sa note sur « la structuration territoriale des établissements » (juin 2020), **la CNDEPAH** avait réalisé une étude sur les 1276 EHPAD publics autonomes :
 - 217 sont en direction commune avec un centre hospitalier
 - 384 font partie d'une direction commune exclusivement constituée d'EHPAD et 14 d'une direction commune avec d'autres types d'ESMS
- **Une faible intégration aux Groupements Hospitaliers de Territoires :** seulement une cinquantaine d'EHPAD publics autonomes sont entrés dans le dispositif GHT. Cette participation est très hétérogène : une centaine de GHT ne comptent aucun ESMS juridiquement autonome parmi ses membres.
- Rapport Cour des comptes d'avril 2022 sur la prise en charge médicale dans les EHPAD : **1,1 EHPAD par gestionnaire pour les EHPAD publics autonomes**, contre 1,7 pour les EHPAD rattachés à un ES, 2,1 dans le secteur associatif et 5,4 dans le secteur privé commercial

+ situation des ESMS publics autonomes du champ handicap qui ont connu aussi un mouvement de recomposition – fusion (parfois plus qu'un seul ESMS public dans un département)

Des outils de coopération facultatifs et peu développés mais une dynamique de créations récentes de groupements

- **Caractère facultatif des outils de coopération qui restent peu développés**
- Des travaux de l'ANAP réguliers depuis une dizaine d'années : Guide « Les coopérations dans le secteur médico-social » (2012), plus récemment une monographie sur la constitution du GCSMS Meuse a été réalisée dans le cadre des « retours d'expérience sur la transformation des EHPAD »
- **Moins de 20 % des EHPAD publics autonomes seraient membres d'un GCSMS.**
- Rappel de la différence entre GCSMS de moyens et GCSMS d'autorisations et des enjeux de ce choix, la majorité des GCSMS publics déjà constitués sont des groupements de moyens
- Il est cependant observé une dynamique récente avec la constitution d'un certain nombre de groupements d'EHPAD publics depuis 2018 et même une accélération depuis 2021 (recensement / cartographie en cours)
- **Des travaux à mener pour accélérer le mouvement** : mettre en commun et diffuser les retours d'expérience, travail technique d'expertise sur les limites juridiques au cadre actuel des GCSMS, réflexion sur l'évolution des outils de coopération, accompagnement à la réalisation de « diagnostics territoriaux »...

L'objectif de construction d'une stratégie de groupe des EHPAD publics pour mieux structurer l'offre publique

Outre le fait que les EHPAD publics isolés ne peuvent bénéficier des avantages tirés des regroupements (logique d'efficience – mutualisation fonctions support – ou de diversification de l'offre – partage des expertises ou compétences rares), **la construction d'une « stratégie territoriale de groupe publique » devient aujourd'hui impérative, y compris pour que les opérateurs publics puissent mieux adapter et organiser leur offre sur les territoires.**

→ C'est un moyen pour les opérateurs publics de **mieux répondre aux besoins de la population** du « territoire » ainsi défini **en diversifiant / articulant leur offre et en la rendant plus visible**

Cette structuration doit aussi permettre une meilleure articulation avec le secteur sanitaire mais aussi avec le domicile.

Elle peut permettre également de renforcer l'attractivité RH des établissements.

→ **La diversification de l'offre, la facilitation du parcours et la création de passerelles entre établissements et services devront faire partie du « cœur de métier » des futurs groupements publics, qui devront aussi pouvoir disposer de la personnalité morale et de la possibilité d'être titulaire unique d'autorisations.**



N° 643

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 décembre 2022.

PROPOSITION DE LOI

portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Aurore BERGÉ, Laurent MARCANGELI, Fadila KHATTABI, Astrid PANOSYAN-BOUVET, Laurence CRISTOL, Monique IBORRA, Annie VIDAL, Didier MARTIN, Cyrille ISAAC-SIBILLE, François GERNIGON, Caroline JANVIER, Chantal BOULOUX, Nicole DUBRÉ-CHIRAT, Béatrice PIRON, Jean-François ROUSSET, Freddy SERTIN, les membres du groupe Renaissance et apparentés ⁽¹⁾ et les membres du groupe Horizons et apparentés ⁽²⁾,

députés.

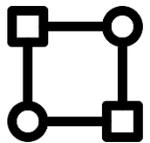
En 1^{ère} lecture à l'Assemblée nationale de la PPL bien vieillir , un amendement gouvernemental a introduit un article additionnel à la PPL qui prévoit une nouvelle section parmi les coopérations prévues au CASF :

le groupement territorial social et médico-social (GTSMS)

→ **Introduction de 6 nouveaux articles dans le CASF : articles L 312-7-2 à L 312 7-7)**



La version de la mesure législative présentée dans ce support est celle du texte qui a été adopté par la CMP et doit être soumis au vote de l'Assemblée le 19 mars et du Sénat le 27 mars.



Quel est le périmètre de la mesure ?

Le I de l'art L 312-7-2 du code de l'action sociale et des familles pose le **principe d'une obligation** pour :

- ✓ **les structures médico-sociales publiques pour personnes âgées :**
 - les EHPAD publics autonomes,
 - les accueils de jour autonomes publics,
 - et les services à domicile publics
- ✓ **d'opter pour une adhésion à l'une des 2 formes de groupement cités :**
 - Soit à un Groupement hospitalier de territoire ;
 - Soit à un Groupement territorial social et médico-social (GTSMS) pour personnes âgées, tel qu'institué par cet article

Cet article prévoit **une simple possibilité d'adhérer à un GTSMS** pour :

- les EHPAD, accueils de jour et services publics gérés par une collectivité territoriale (statut FPT) ou rattachés à un établissement public de santé.
- Cette possibilité concerne également les ESSMS publics autonomes du champ handicap.

Il existe **des dérogations à cette obligation** d'adhérer à un groupement :

- pour les établissements et services déjà « *issus de la fusion de plusieurs établissements publics ou s'ils présentent une spécificité dans l'offre départementale d'accompagnement des personnes âgées* », sous réserve de l'accord du DG de l'ARS. Une convention de partenariat avec le GHT sera alors nécessaire.
- pour les établissements et services des territoires et collectivités d'Outre-Mer.

Quelle est la forme juridique du GTSMS ?

Le III du nouvel article L 312-7-2 précise que le GTSMS prendrait la **forme juridique d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)** défini à l'article L. 312-7 du présent code.



Quel est l'objet du groupement ?

Le GTSMS devra avoir pour objet :

- d'une part, de **mettre en œuvre une stratégie commune d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours** et, d'autre part, de rationaliser les modes de gestion par une mise en commun de fonctions et d'expertises.

→ Le 1^{er} alinéa de l'article **L. 312-7-4** définit la mission principale du GTSMS, « *élaborer une stratégie commune d'accompagnement des personnes accueillies pour assurer la cohérence du parcours des personnes âgées au sein d'un territoire, pouvant prévoir la détention ou l'exploitation par le groupement d'autorisations* ».

→ De la souplesse dans l'initiative et la définition du territoire :

Constitution à l'initiative des établissements et services

Le GTSMS pour personnes âgées serait constitué à **l'initiative des établissements et des services** concernés par la nouvelle obligation. Le directeur général de l'ARS appréciera la conformité de la convention constitutive au Projet régional de santé.

Souplesse dans la définition du territoire

Le territoire d'implantation choisi par le groupement doit lui permettre « *d'assurer une réponse de proximité aux besoins des personnes âgées et de mettre en œuvre un parcours coordonné des personnes âgées accompagnées* ».

→ Une formalisation du projet et des partenariats à prévoir :

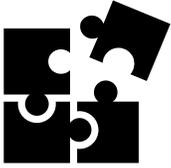
Elaboration d'un projet d'accompagnement partagé

Dans chaque groupement, les établissements et les services membres devront élaborer un **projet d'accompagnement partagé**, garantissant l'accès à une offre d'accompagnement coordonnée et la transformation des modes d'accompagnement au bénéfice des personnes âgées.

Formalisation de partenariats

→ **principe d'un partenariat entre chaque GTSMS et un GHT** matérialisé par la convention, prévue à l'article L. 312-7, qui prévoit l'articulation entre le projet d'accompagnement partagé du GTSMS et le projet médical du GHT ou de l'établissement sanitaire.

Une convention similaire est prévue avec les établissements et services privés qui peuvent être partenaires d'un GTSMS.



Des fonctions mutualisées :

Le 2^{ème} alinéa de l'article L. 312-7-4 prévoit que le GTSMS assurerait, pour le compte de ses membres, « au moins une fonction parmi les suivantes » :

- 1° La convergence des systèmes d'information des membres et la mise en place d'un dossier de l'utilisateur permettant une prise en charge coordonnée ;
- 2° La formation continue des personnels ;
- 3° La démarche qualité et la gestion des risques ;
- 4° La gestion des ressources humaines ;
- 5° La gestion des achats ;
- 6° La gestion budgétaire et financière ;
- 7° Les services techniques.

D'autres fonctions pourront être confiées au groupement, pour le compte de tout ou partie de ses membres, que les membres d'un GTSMS pourront notamment mutualiser certains marchés et partager des compétences relatives à la passation des marchés publics, et, plus généralement, que le groupement pourra exercer les missions habituelles d'un GCSMS.



La direction du groupement :

L'article **L. 312-7-5** prévoit que le GTSMS serait dirigé **par un D3S nommé par le DG de l'ARS**, après avis du PCD, sur proposition de l'assemblée générale du groupement. À défaut de proposition de l'AG, le directeur du groupement serait nommé par le DG de l'ARS après le seul avis de la collectivité.

Le directeur du groupement peut aussi diriger un ou plusieurs établissements membres du groupement.

L'article **L. 312-7-5** précise aussi les missions du directeur :

- pilotage des fonctions exercées par le groupement pour le compte des membres et représentation du GTSMS
- Élaboration du budget du groupement, qui est approuvé par l'assemblée générale.
- Recrutement des agents fonctionnaires et contractuels affectés au groupement.

L'assemblée générale serait compétente pour voter l'indemnité du directeur.

Cadre budgétaire et comptable :

L'article **L. 312-7-6** prévoit la **possibilité de mise en commun** des disponibilités des établissements et la possibilité pour le GTSMS de se constituer des fonds propres ou de recourir à l'emprunt.

Le GTSMS pourra également présenter un plan pluriannuel d'investissement et un plan de financement pour le compte d'un ou de plusieurs de ses membres.

Possibilité de CPOM unique :

Sous réserve de l'accord du directeur général de l'ARS et du PCD, le GTSMS pourra conclure un **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique** pour l'ensemble des établissements et des services qui relèvent de son périmètre.



C'est pour quand ?

→ Entrée en vigueur **au 1^{er} janvier 2025** avec une **période transitoire de 3 ans**

L'article L. 312-7-7 prévoit l'entrée en vigueur de la mesure le **1er janvier 2025** et une **période transitoire de trois ans à compter de cette même date**. Au terme de la première année, le directeur général de l'ARS arrête avec les présidents des conseils départementaux de la région, la liste des GTSMS. La transformation des GCSMS existants en GTSMS est également prévue.

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

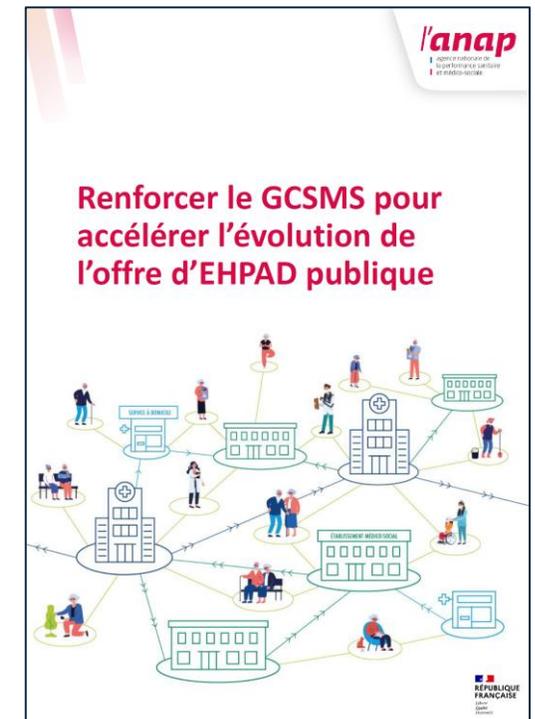


Publication ANAP de mars 2023 « Renforcer le GCSMS pour accélérer l'évolution de l'offre d'EHPAD publique » accessible sur le site ANAP

<https://anap.fr/s/article/renforcer-GCSMS-pour-accelerer-l-evolution-de-l-offre-EHPAD-publique>

Journée nationale dédiée aux GCSMS le 4 décembre 2023 – co-organisée par la FHF, l'ANAP, la CNDEPAH et le COD3S / accessible en replay sur le site FHF

Très prochainement, lancement de l'offre d'accompagnement de l'ANAP à la constitution des GTSMS (communautés de pratiques et appuis terrain collectifs



La réforme des services autonomie à domicile (SAD)

Une réforme souhaitable à plusieurs titres :

- Le souhait massif des français de vieillir à domicile,
- La volonté de renforcer l'offre à domicile en proposant des prestations intégrées sur l'aide et le soin et de simplifier l'organisation de ces services à domicile pour les usagers
- Tirer les enseignements de l'expérimentation SPASAD intégrés et apporter les compléments qui leur manquaient (financement de la coordination)

Une prise de conscience nationale sur les enjeux du domicile :

- dimension qualitative, avec la réforme tarifaire qui dote davantage les SSIAD prenant en charge les cas les + lourds
- dimension quantitative avec la création de **25 000 places de SSIAD d'ici 2030, représentant 400M€ (cout de 16 000€/pl), et pour 2023 un montant de 64M€ pour 4 000 pl de SSIAD**

→ Cf Instruction 2023-111 du 10-07-23 relative aux AE pour les CRT et les SSIAD

Mais qui pose néanmoins des difficultés majeures :

- Un intitulé « service autonomie à domicile » unique qui cache 2 réalités de services rendus : aide seule, aide + soins
- Une dysmétrie dans le devenir des services existants : entre autorisations automatiques ou non
- Un portage juridique unique avec ses conséquences en termes de droit social (statut / contrats), d'identité des acteurs...
- Un zonage des interventions complexe à faire coïncider
- Une dynamique de portage de cette réforme, par les autorités, variable selon les territoires

L'article 44 LFSS 2022 crée les services autonomie à domicile et promeut fortement le modèle intégrant aide et soin

→ Disparition des 3 catégories de services existants : SSIAD PA et PH, SAAD, SPASAD au profit **d'une seule catégorie** : **les SAD pouvant délivrer ou non des soins** (Art L. 313-1-3 – 1° et 2° du CASF)

→ Disymétrie dans le devenir des services existants :

- Les SAAD existant pourront continuer à apporter uniquement de l'aide s'ils le souhaitent
- Les SSIAD doivent se transformer en services « mixtes » dispensant aide & soin, à défaut leur activité « disparaît »

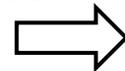
→ Processus d'autorisation pour un SSIAD afin de devenir SAD

2 possibilités :

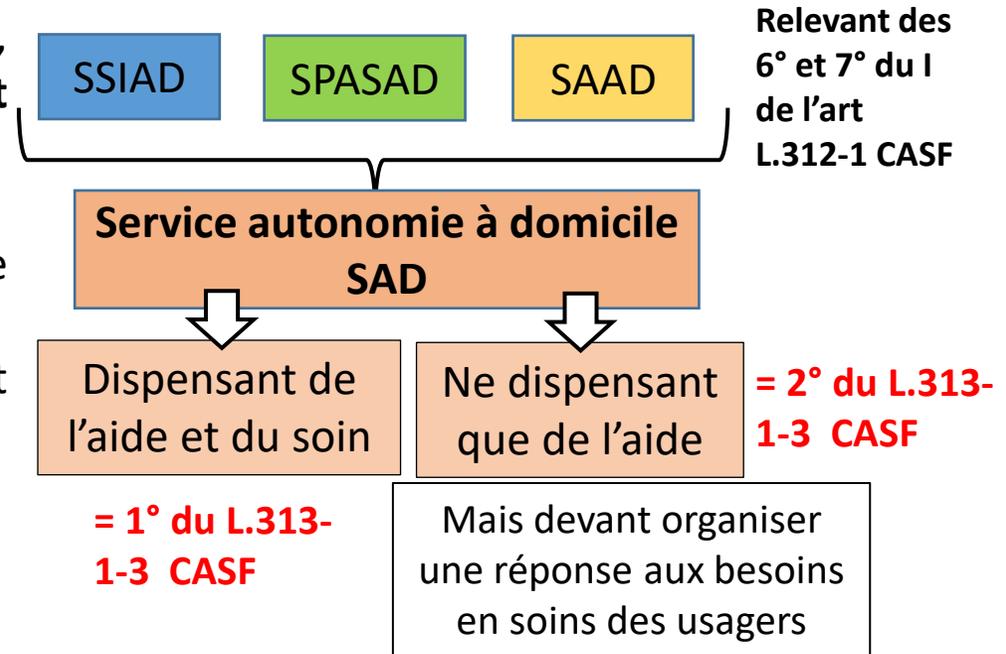
1/ **En créant l'offre manquante** : à partir de leur autorisation actuelle de SSIAD ou de SAAD, « créer en leur sein » l'activité d'aide ou de soin qui leur manque (cf notice DGCS du 1er fev 2022)

2/ **En se regroupant avec des services existants**

3 scénarii envisagés pour faire porter l'autorisation de SAD par une entité juridique unique :



- A- création d'un GCSMS qui portera l'autorisation du SAD mixte
- B- fusion-absorption où une des entités juridiques demande l'absorption de l'autre assortie d'une cession d'autorisation
- C- fusion-absorption avec création d'une nouvelle entité juridique (une 3^{ème} en sus des 2 existantes) avec cession d'autorisation

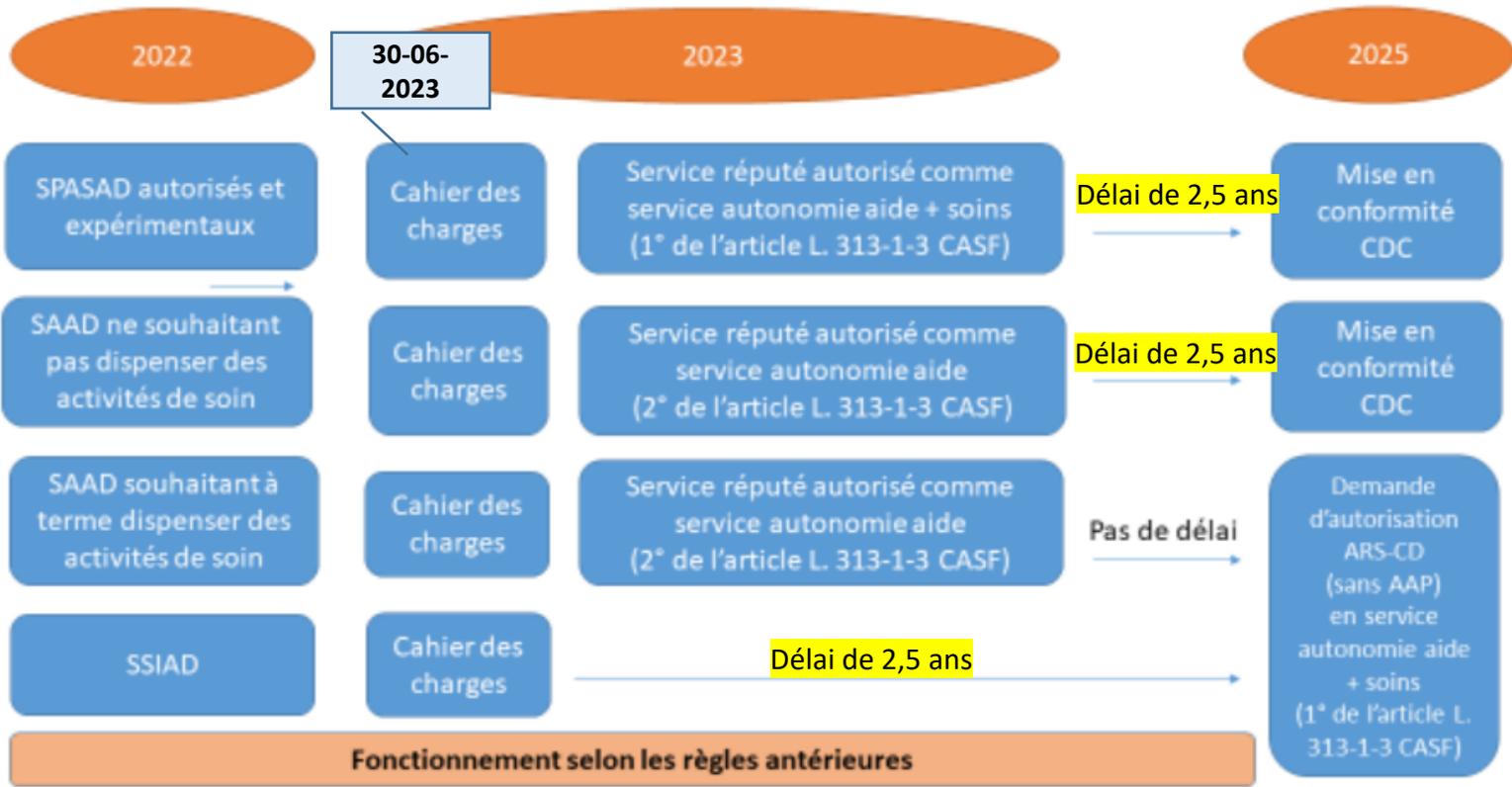


Modalités d'entrée en vigueur : impact sur les autorisations

→ Décret n°2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux SAD comprenant le cahier des charges

Nouveaux délais introduits par l'art 8 bis de la PPL Bien Vieillir

Modalités d'entrée en vigueur de la réforme des autorisations



→ La transformation en SAD entrera en vigueur à compter du **30-06-2023**, tel que mentionné dans le décret fixant le cahier des charges des SAD

→ Pour une mise en conformité attendue au **31-12-2025**

→ A noter qu'il n'y a pas de procédure d'appel à projets car il s'agit d'une modification d'autorisation

Il est acté la possibilité de passer par un processus de **conventionnement en dérogation aux règles de mise en conformité**, dans le délai des 2,5 ans, puis d'arriver à un portage juridique unique dans **un délai de 5 ans**

→ **Date butoir = 31-12-2025, soit 2,5 ans pour se mettre en conformité** avec le cahier des charges, à défaut les autorisations SSIAD pourront être abrogées ou seront caduques faute de dépôt de demande d'autorisation SAD

Quelles démarches juridiques à réaliser pour les SSIAD ?

Dans un délai de 2,5 ans, soit avant le 31-12-2025

- 1/ soit **déposer une demande d'autorisation de SAD mixte** auprès du DGARS et PCD, selon une des formes juridiques listées, sans passer par appel à projets
 - 2/ soit **solliciter l'autorisation de constituer un SAD selon des modalités prévues par une convention** signée par 1 ou plusieurs services pour **une durée maxi de 5 ans (nouveau PPL Bien vieillir)** prévoyant :
 - Les modalités du fonctionnement intégré
 - La zone d'intervention = identique pour l'aide et le soin
 - Les modalités envisagées de constitution d'une entité juridique unique au terme de la convention
 - Les modalités d'échanges de données entre services (non soumis à l'obligation de logiciel intégré)
- **sécurisation des SSIAD : c'est le SSIAD qui portera l'autorisation de SAD mixte, puisque son autorisation disparaît à la signature de la convention =**
- **Si aucune démarche n'est faite par le SSIAD, quelles conséquences ? Après le 31-12-2025 leur autorisation sera réputée caduque et l'ARS pourra mettre fin à leur activité (selon art L.313-15 CASF)**

Dans un délai de 5 ans, soit avant le 31-12-2030

- 3/ si autorisation de SAD mixte obtenue en passant par une convention, **obligation de mise en conformité avec la réglementation** = portage juridique unique de l'autorisation SAD selon les différentes formes évoquées précédemment
- **À défaut : autorisation réputée caduque au terme du délai prévu par la convention**

→ Qu'en est-il de la possibilité pour un SSIAD de solliciter une autorisation d'aide et d'accompagnement ?

Rien ne s'oppose juridiquement à ce qu'un SSIAD sollicite une autorisation d'activité d'aide et d'accompagnement aux autorités de son territoire (= le droit commun)

La notice explicative du décret du 13-07-23, rédigée par la DGCS – sept 2023, arrête une position :

- « **le rapprochement entre gestionnaires afin de gérer ces nouveaux services est à privilégier** » notamment pour plusieurs raisons : « mise en commun d'expériences en vue de constituer des équipes pluridisciplinaires, rééquilibrage entre le nombre de SAD aide et de SAD mixtes... » cf paragraphe 2-1-1 p 28
- Toutefois la consitution d'un SAD mixte **par création d'une nouvelle activité** fait l'objet d'un développement dans le paragraphe 2-1-2 :
 - « Si le rapprochement n'est pas possible ou n'est pas souhaité, les SSIAD pourront se transformer en SAD mixtes **en créant une activité d'aide et d'accompagnement** »
 - Dans ce cas, dépôt d'un dossier de **demande d'autorisation conjointe DGARS + PCD** (selon art L.313-2 CASF), **sans passer par appel à projets**
 - « les CD sont invités à **examiner ces demandes avec bienveillance** » notamment lorsqu'un rapprochement avec un autre service n'est pas possible ou lorsque la période du conventionnement ne permettra pas de déboucher sur la création d'une entité juridique unique

Les zones d'intervention des SAD

- ✓ La zone d'intervention doit être **unique pour l'aide et le soin** et doit répondre aux besoins des populations.
- ✓ A voir avec les ATC si des chevauchements possibles – ils semblent très probables.
Pour mémoire, les SSIAD n'ont pas de sectorisation imposée par la loi
- ✓ **Possibilité de faire évoluer les zones d'intervention actuelles pour les faire coïncider** (dans la demande d'autorisation) sans créer de zones blanches et en cohérence avec les besoins de la population
 - Par diminution ou augmentation de la zone soins : avec extension de places de SSIAD si besoin
 - Par diminution ou augmentation de la zone aide
 - Par scission d'une autorisation en 2 ou plusieurs territoires, notamment pour les SAD aide avec un zonage départemental
- ✓ **Possibilité de déroger au principe dans le cadre du conventionnement** et pendant une durée maximale de 5 ans : le SAD aide signataire peut conserver une zone plus large que celle du SSIAD pour ses activités d'aide en propre, mais dans la convention doit figurer la zone d'intervention commune
- ✓ Limite de la création de nouvelles places de SSIAD **dans les zones surdotées en IDEL** : voies de passage à expertiser

Nouvel art CASF : L. 314-2-1 qui définit les modalités de financement des SAD

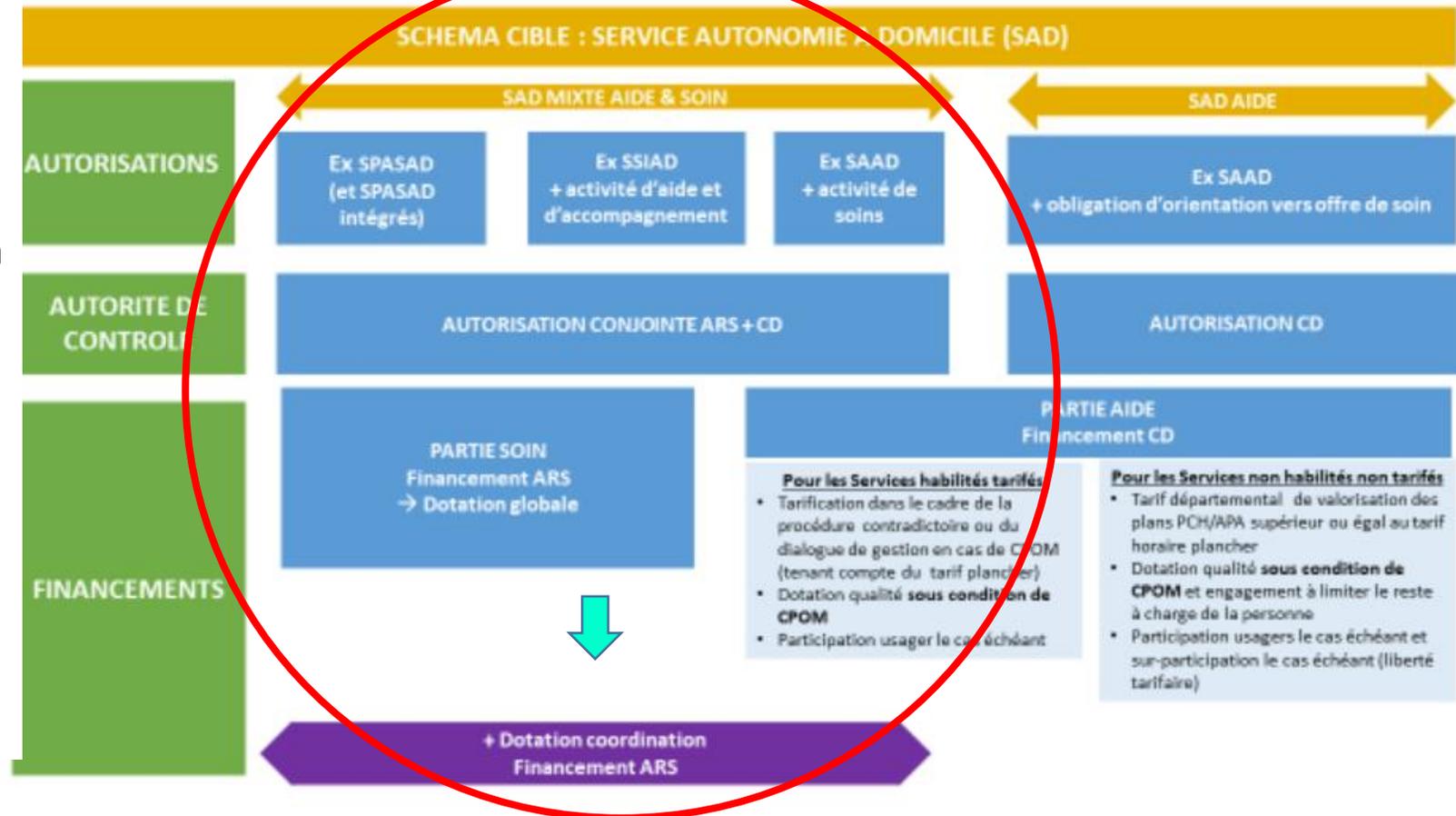
→ **Volet Soins** : réforme financière applicable au **01 janv 2023**

→ **Volet aide et accompagnement** : deux nouvelles mesures adoptées :

- Fixation d'un tarif plancher national pour APA et PCH, **revalorisé à 23€/h en 2023**
- Création d'une dotation complémentaire qualité à compter du **1 sept 2022**

→ **Volet coordination de l'aide et du soin** : pour SAD aide & soin, attribution d'une dotation coordination, financée par l'ARS, attribuable **dès 1 janv 2022** (aux SPASAD)

Schéma cible de la réforme du financement des services



Impact de la réforme sur les CPOM et les évaluations

→ Des CPOM tripartites OG/ARS/CD seront obligatoires pour les SAD mixtes.
Ils devront être conclus avant le 31-12-2025 au plus tard.

→ Les CPOM en cours sont valides jusqu'à la signature d'un avenant ou d'un nouveau CPOM (tripartite)

→ **Aménagement du calendrier des évaluations :**

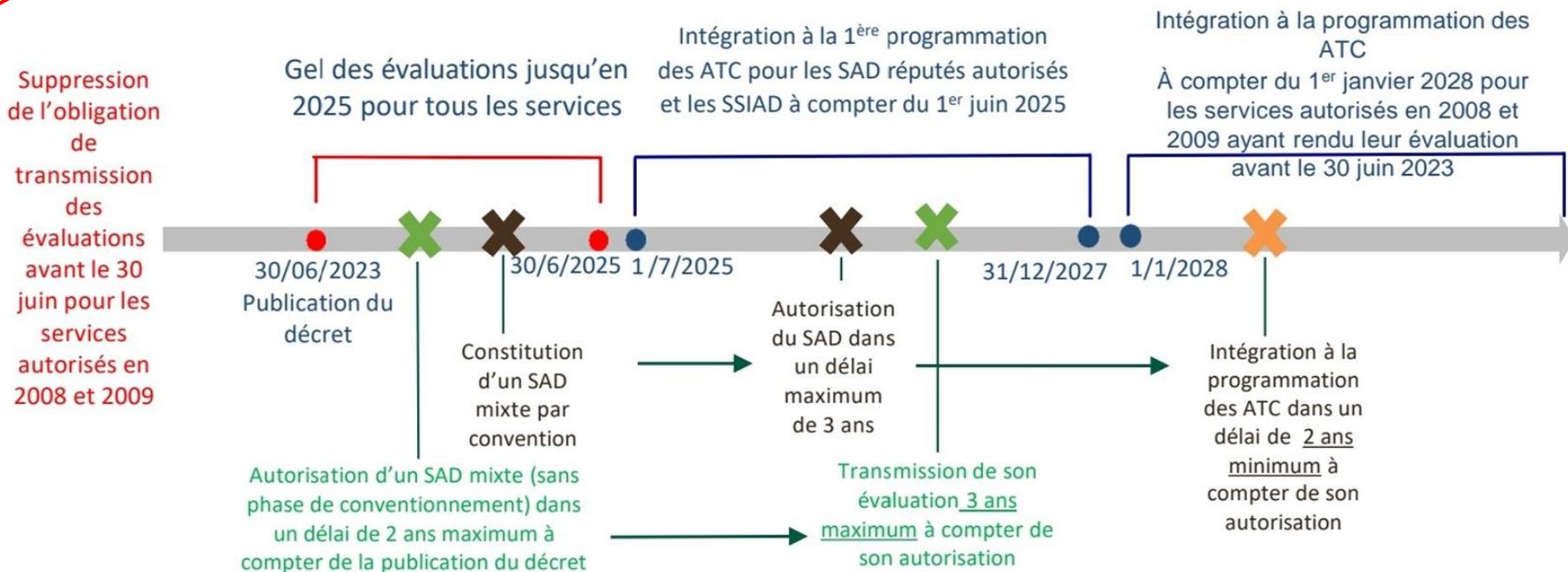
- ✓ Les programmations ARS/CD intégreront les SAD à compter du 30 juin 2025 (date qui devra certainement être modifiée au regard des nouveaux délais introduits par la PPL Bien vieillir)
- ✓ Les ex-SSIAD transformés en SAD disposeront de 3 ans à compter de la date de leur autorisation pour transmettre leurs résultats de leur évaluation / si conventionnement préalable à l'autorisation, délai de 2ans après l'autorisation
- ✓ suppression de l'obligation de transmettre les résultats de l'évaluation avant le 30 juin 2023 pour les services autorisés en 2008 et 2009
- ✓ Pour ceux qui auront transmis leurs résultats, intégration dans les programmations pluriannuelles au 1^{er} janvier 2028.
- ✓ Les services dont l'autorisation arrive à échéance pendant la période de gel des évaluations sont renouvelés par tacite autorisation

**Attention : dates non
modifiées à ce jour –
voir impact du vote de
la PPL Bien Vieillir sur
les délais**

AVANT le 30-06-23



APRES le 30-06-23



De nouvelles dispositions législatives prévues dans la PPL Bien Vieillir

Objectifs : afin de faciliter la mise en œuvre de la réforme (restructuration de l'offre par rapprochement des structures) et sécuriser les gestionnaires de SSIAD

1- Possibilité d'une **autorisation conditionnée à la signature d'une convention** par un SSIAD pour constituer un SAD mixte (+ dérogations afférentes) **d'une durée maximum de 5 ans**

2- En cas de rejet de la demande d'autorisation, **possibilité pour les SSIAD de poursuivre leur activité durant une période de deux ans.**

3- En cas de silence de l'administration durant 6 mois, **silence vaut acceptation** de la demande présentée par un SSIAD.

Les 2 heures de convivialité

En application de l'art 75 de la LFSS 2023, mesure destinée aux bénéficiaires de l'APA (GIR-1 à GIR-4), afin d'enrichir le plan d'aide initial de l'APA avec 2h/semaine, soit 9h/mois, consacrées au lien social et à la convivialité, concourant à prévenir la perte d'autonomie. Heures réalisées par les aides à domicile et les auxiliaires de vie, valorisées financièrement dans le cadre des plans APA au-delà du plafond APA si besoin.

La DGCS travaille à une méthodologie pour définir les besoins des usagers et accompagner les services.

Un décret est attendu pour la fin de l'année, mise en œuvre à compter du 1^{er} janv 2024,

Evolutions juridiques attendues et outils d'accompagnement

Impacts de la réforme des SAD sur le fichier FINESS

L'Agence du Numérique en Santé (ANS) a repris gestion de FINESS
Existence de plusieurs Finess
--> SAAD familles vont avoir de nouveaux finess
--> SAAD PA-PH gardent leur numéro pour les SAD aide

L'ANAP

→ **après vote de la PPL Bien vieillir (?)**: des **outils juridico organisationnels** pour les différentes options juridiques pour aide à la décision des gestionnaires, création d'une **communauté de pratiques** avec des services pilotes
→ **2024 - 2025** : accompagnement des services avec de l'ingénierie dès la fin de l'année 2023, **un kit d'outils opérationnels** (modèles de documents, webinaires de formation, check list, méthodologie projet)
→ **Travaux en cours** : Système d'information, modification du fichier FINESS, intégration du volet aide et accompagnement dans le TDB MS et une enquête nationale des coûts activité aide et accompagnement (ATIH)

La CNSA : appui aux CD et ARS

→ Constitution d'une mission d'appui au domicile
→ Animation de webinaires nationaux mensuels, valorisation des bonnes pratiques, mise à jour de FAQ, documents types...
→ Moyens financiers à destination des CD, ARS et fédérations (?)
→ Suivi de la réforme et communication sur son déploiement
→ appui opérationnel en fonction des besoins des CD et ARS

La FHF nationale : Elaboration d'un guide d'appui juridique à la mise en œuvre de la réforme → Cabinet Houdart

→ une convention de coopération type

Prévoyant les dispositions juridiques indispensables : objet, dénomination, autorisation, zonage, usagers, entité juridique, dispositions financières, responsabilités, évaluation, projet de service...

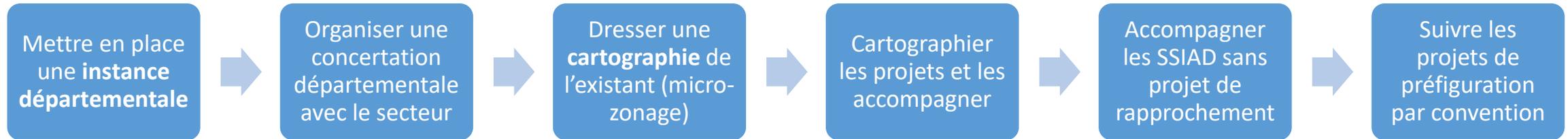
→ 5 fiches pratiques pour les SSIAD de la FPH

- 1- éléments de cadrage de la réforme
- 2- les différents schémas possibles
- 3- Focus sur le GCSMS d'autorisation
- 4- Focus sur le conventionnement
- 5- Focus sur la reprise ou transfert d'activité

**Outils disponibles
courant avril 2024**

Elaboration par le Ministère d'une méthode indicative de mise en œuvre territoriale de la réforme des SAD à destination des ARS et CD

→ Identification de 5 étapes principales



Création d'une instance de type comité de pilotage dans chaque département (DD-ARS/CD), chargée de :

- Réaliser un état des lieux : cartographie, diagnostic...
- Définir les objectifs et les indicateurs de suivi
- Elaborer une méthode et la comitologie
- Etablir un calendrier, des échéances
- Répartir/attribuer les aides financières disponibles
- Piloter la mise en œuvre au plus près du terrain, ...

Mettre en place une instance de concertation dans chaque département (animation conjointe DD ARS-CD) avec les représentants du secteur du domicile + CPAM + CARSAT.

→**Organiser une réunion de lancement** pour présenter la réforme, la méthode et échanger sur les objectifs fixés et le calendrier et prévoir des réunions périodiques pour informer de la mise en œuvre.

Prévoir si nécessaire des groupes de travail par secteur géographique (infra-départemental) pour les départements très peuplés, avec une offre de services abondante. Désignation d'un chef de fil et répartition de l'animation de ces groupes entre DD-ARS et CD.

→ Mettre en place une animation régionale par l'ARS avec les délégations départementales. Possibilité d'organiser des échanges ou des travaux au niveau régional ARS-CD

→ Prévoir si besoin des groupes de travail régionaux thématiques

→ Ne pas oublier les leviers mobilisables

- Possibilité d'obtenir des nouvelles places de SSIAD par les ARS (rappel 25 000 pl prévues jusqu'en 2030) sans passer par la procédure d'appel à projets ou les extensions non importantes (dérogation au droit es autorisation des ESSMS pendant la période transitoire du 30-06-23 au 30-06-25) : une réelle opportunité pour consolider certains SSIAD fragiles (petites capacités notamment), ou en attente d'extension depuis longtemps
- Possibilité de revoir éventuellement la zone d'intervention du SSIAD, et des dispositifs portés par le SSIAD (ESA, équipe MND, psychologues) pour s'ajuster au futur projet de SAD
- Réforme tarifaire des SSIAD qui valorisera les profils usagers les plus lourds
- Existence de GCSMS publics sur les territoires qui peuvent porter l'autorisation de SAD en fédérant plusieurs partenaires SAAD et SSIAD sur un territoire

→ Participer activement aux instances / réunions de concertation mises en place au niveau régional et départemental

- Faire entendre les spécificités du statut de la FPH et l'attachement des personnels à ce statut
- Militer pour la pluralité des statuts des SAD afin d'offrir un choix aux usagers dans les intervenants à domicile
- SSIAD de la FPH tous rattachés à des EHPAD ou des établissements de santé : facilitation du parcours de soin, continuité de la prise en charge, au sein d'une filière gériatrique, et coté gestionnaires mutualisation d'expertises, parcours professionnel diversifié...

Quelle stratégie pour les SSIAD FPH ?

Les questions qui se posent :

→ **Faut-il solliciter dès le départ une autorisation d'aide auprès des ATC ?**

Ne pas s'interdire cette possibilité même si cela est présenté comme une option secondaire/ ultime

→ **Dans le cadre d'un rapprochement avec un SAAD : quel partenaire choisir ?**

- Proximité + importante avec les SSIAD de la FPT (Communaux, inter-co...)

- mais incertitude sur le fait que les SAAD veuillent se doter de la compétence soin car ils deviennent automatiquement des SAD aide

- les partenaires associatifs sont les plus nombreux implantés sur les territoires, et de taille très variable : voir ceux qui sont le plus proches géographiquement et qui partagent les mêmes valeurs

→ Dans le cadre d'un rapprochement, **le passage par le conventionnement** offre davantage de temps pour aboutir à un portage juridique unique mais nécessite de travailler en amont sur le zonage, sur la forme juridique unique visée, etc.... Le conventionnement est exigeant, il préfigure le futur SAD mixte

→ Sur la forme juridique unique, **le GCSMS** semble être celle qui est la plus égalitaire entre les parties, chaque entité juridique initiale continuant à s'impliquer dans le fonctionnement du SAD mixte, tout en préservant le statut des agents (mis à disposition)

La situation financière des EHPAD (et des ESMS) publics :

des déficits généralisés et massifs, des difficultés de court terme (trésorerie) de plus en plus fréquentes, des réponses qui ne sont pas à la hauteur

Depuis début 2022, les EHPAD habilités à l'aide sociale sont confrontés depuis à une dégradation inédite de leurs équilibres budgétaires

Depuis 2022 il est constaté **une très nette dégradation des équilibres financiers des EHPAD publics** pour des raisons connues qui se cumulent :

- ➔ **Déconnexion de l'évolution des dépenses impactées par l'inflation (notamment sur énergie, alimentation...) de celle des tarifs hébergement/dépendance administrés par les départements (évolution moyenne des tarifs hébergement : 1,3 % en 2002, 3 % en 2023)** = effet ciseaux majeur dépenses / recettes
- ➔ **Financement incomplet de certaines mesures de revalorisation salariale** (CTI, Ségur 2, prime GA, revalorisation point d'indice), en particulier pour les effets sur les sections H et D
- ➔ Pour certains établissements, **baisse de l'activité** (taux d'occupation), parfois liée aux difficultés RH (fermeture de places), même si la tendance semble se redresser depuis début 2023
- ➔ Surcoûts liés à l'augmentation des taux d'intérêts pour les emprunts, surcoûts liés à un changement de régime fiscal (pour les EHPAD qui étaient assujettis à la TVA)
- ➔ Impact de l'absentéisme (dépenses d'intérim), autres causes....
- L'écart évolution des tarifs / inflation est moindre en 2023 (et diminuera encore en 2024) mais **le désajustement se poursuit (et se cumule) d'exercice en exercice**
- Rares sont les départements dans lesquels les taux directeurs 2023 ont permis une compensation complète de l'évolution des charges, incluant les revalorisations annoncées en juin 2023 (revalorisation PI).

Inflation exceptionnellement forte en 2022 et encore élevée en 2023.

Des disparités territoriales majeures entre les taux d'évolution des tarifs hébergement (et dépendance) votés par les départements

Alors que les taux d'évolution 2022 des tarifs hébergement était très homogènes (entre 0,5 et 1,5 % avec de très rares revalorisations en cours d'année), **les EHPAD habilités à l'aide sociale ont été confrontés en 2023 à d'importantes disparités entre les taux d'évolution votés par les différents départements, avec des écarts de 1 à 6 selon les départements (s'ajoutant aux écarts existants sur la valeur départementale du point GIR dépendance).**

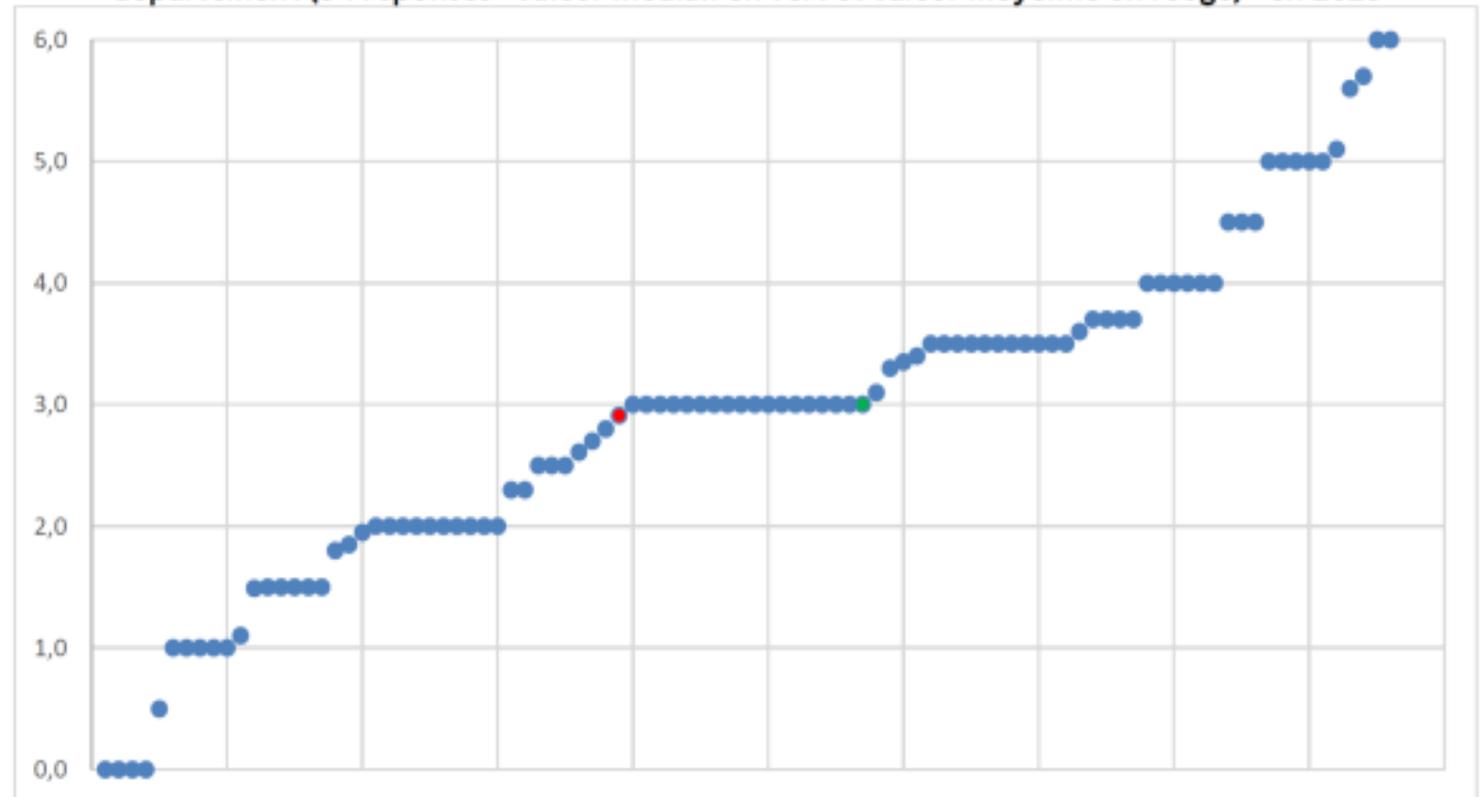
L'importante dispersion des tarifs hébergement 2023 est soulignée dans le rapport Pirès-Beaune (graphique issu des annexes)



Dans le même temps les EHPAD privés non habilités à l'aide sociale ont bénéficié en 2023 d'une possibilité de relèvement de leurs tarifs de **5,14 %** (plafond applicable pour les résidents déjà accueillis en 2022)

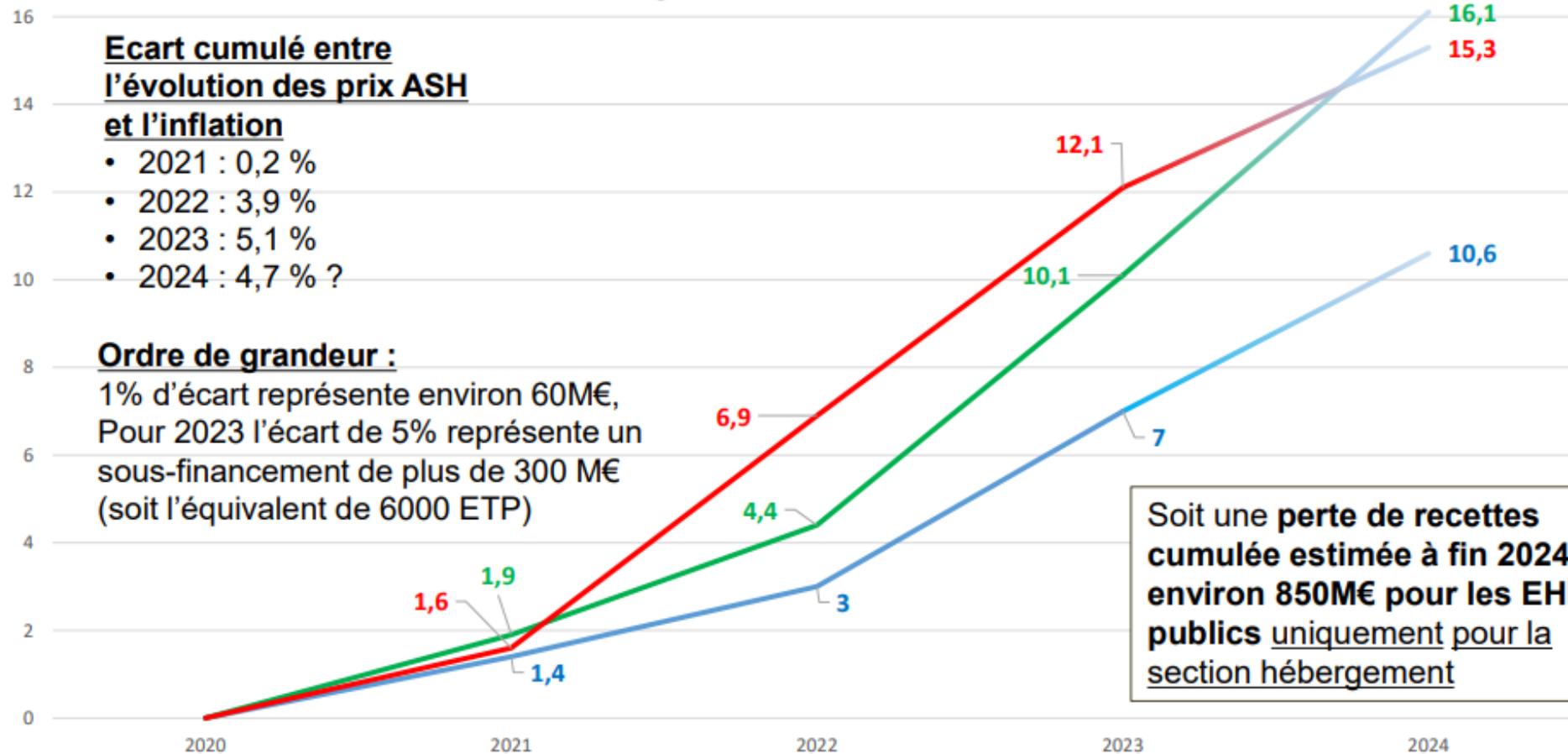
Les mêmes écarts entre départements sont constatés pour les % d'évolution des tarifs dépendance (variation qui s'ajoute aux **43 % d'écarts** préexistants entre valeurs départementales de point GIR)

Graphique 101 : Taux d'évolution des tarifs hébergement au titre des places habilitées à l'aide sociale par département (94 réponses - valeur médian en vert et valeur moyenne en rouge) - en 2023



Tarif hébergement des EHPAD : le désajustement entre l'évolution des tarifs et celle des coûts s'est aggravé en 2023 et se poursuivra en 2024

Evolution cumulée des tarifs hébergement des EHPAD et de l'inflation



Ecart cumulé entre l'évolution des prix ASH et l'inflation

- 2021 : 0,2 %
- 2022 : 3,9 %
- 2023 : 5,1 %
- 2024 : 4,7 % ?

Ordre de grandeur :

1% d'écart représente environ 60M€,
 Pour 2023 l'écart de 5% représente un sous-financement de plus de 300 M€ (soit l'équivalent de 6000 ETP)

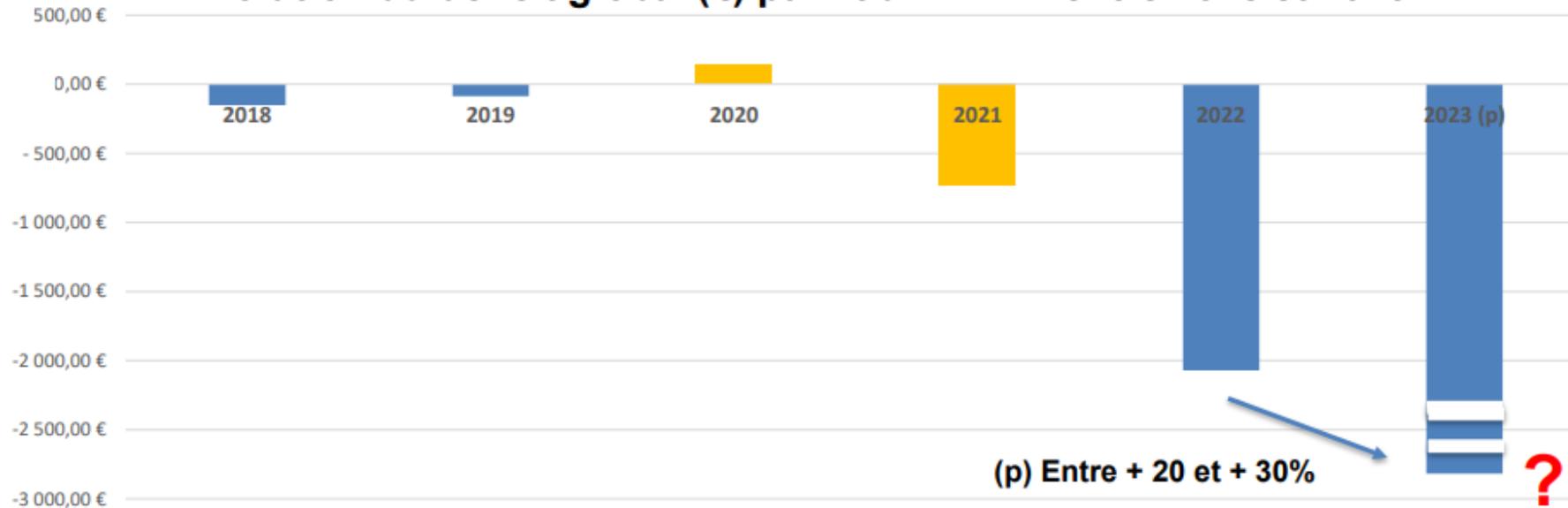
Soit une **perte de recettes cumulée** estimée à fin 2024 à environ **850M€** pour les **EHPAD publics** uniquement pour la section hébergement

- Evolution cumulée des prix chambre seule habilitée à l'ASH (EHPAD publics et privés associatifs)
- Evolution cumulée des prix chambre seule non habilitée à l'ASH (EHPAD privés commerciaux)
- Inflation cumulée

La sous-indexation des tarifs entraine mécaniquement un déséquilibre budgétaire structurel et une généralisation des résultats déficitaires

Alors que leur gestion était auparavant équilibrée sur le plan budgétaire – ou que les niveaux de déficit étaient maîtrisés – les EHPAD publics sont confrontés depuis 3 ans à des déficits généralisés de + en + importants

Evolution du déficit global (€) par lit d'EHPAD entre 2018 et 2023



Résultat 2023 à confirmer : la FHF conduira une enquête auprès de ses adhérents d'ici la fin de l'hiver sur la base des ERRD 2023

Impact du désajustement tarifaire à l'échelle d'un EHPAD :

Impact d'un écart de 5 % sur l'évolution du tarif H pour un EHPAD de 100 lits
(avec un tarif hébergement de 62 €)



Perte annuelle de recettes hébergement de l'ordre de 100 K€
(soit l'équivalent de 2 ETP)

Un sujet sur lequel les fédérations alertent depuis plus de 2 ans

- **25 février 2022** : Courrier cosigné par la FHF, la FEHAP, la FNMF, la FNADEPA et la FNAQPA sur les effets de l'inflation sur les dépenses, adressé au président de l'ADF
- **2 mars 2022** : Communiqué de presse commun FHF / FEHAP appelant les pouvoirs publics « à des mesures fortes pour assurer l'avenir financier des établissements de service public »
- **12 juillet 2022** : Courrier commun FHF/FEHAP adressé au président du Conseil de la CNSA pour alerter sur la situation spécifique des EHPAD et le décalage entre l'inflation et les tarifs fixés par les CD
- **21 novembre 2022** : Courrier commun FHF/FEHAP au Ministre des Solidarités et de l'Autonomie pour alerter sur la situation budgétaire très dégradée des EHPAD et les limites du modèle de tarification (réponse du ministre du 10/01/2023 renvoyant à la compétence des PCD s'agissant du tarif hébergement)
- **20 décembre 2022** : Courrier FHF/FEHAP à la Première ministre au sujet de la situation financière des EHPAD
- **3 janvier 2023** : Conférence de presse de la FHF sur la base des résultats de l'enquête financière
- **24 janvier 2023** : Courrier interfédérations (FHF, FEHAP, FNADEPA, AD-PA, FNAQPA) adressé au président de « Départements de France » sur les % d'évolution 2023 (demande d'alignement sur le privé – 5,14%)
- **31 mai 2023** : Courrier co-signé de la FHF et de l'ensemble des conférences de directeurs et médecins adresser à F Braun et JC Combe au sujet de l'impact de l'inflation sur l'hôpital et les ESMS
- **5 octobre 2023** : Courrier inter-fédérations et associations du secteur grand âge relatif au PLFSS 2024 à la Ministre des Solidarités et des Familles

Fin 2022 :

- Quelques rares départements ont revalorisé les tarifs 2022 en cours d'année pour financer la revalorisation du point d'indice
- **Augmentation de la valeur du point GMPS en 2^{ème} campagne budgétaire 2022** (idem tarif partiel et tarif global), permettant le financement de la revalorisation du point d'indice pour la seule section soins
- Dispositifs d'aide pour les dépenses énergétiques (**bouclier tarifaire et amortisseur** sur gaz et électricité qui ont permis de limiter certaines hausses tarifaires mais ont des effets assez tardifs et relatifs)

2023 :

- Sur la tarification 2023 hébergement et dépendance, il a été constaté des taux directeurs globalement en hausse par rapport à 2022 (moyenne de 3% contre 1% en 2022) mais des **écarts de 1 à 6 dans les taux votés**
- Communiqué de presse conjoint du 21 février 2023 par lequel l'Etat, Départements de France et la CNSA indiquent qu'ils seront « particulièrement attentifs aux établissements dont la situation financière se dégraderait et nécessiterait un soutien de l'ARS et du CD » et annoncent l'ouverture de **travaux sur le modèle de tarification actuel des EHPAD** « *dont les limites sont partagées par l'ensemble des acteurs* »
- **Les circulaires budgétaires 2023** n'ont prévu aucune mesure pour compenser les difficultés budgétaires

Une situation désormais reconnue par la mise en place du fonds d'urgence et des commissions départementales

- **Le rapport de la députée Christine Pires Beaune (juillet 2023)** souligne les difficultés financières, structurelles comme conjoncturelles, rencontrées par les EHPAD et **alerte sur le risque que ces tensions financières conduisent à une hausse du reste à charge et à une fragilisation, voire une disparition, de l'offre publique**
- La situation est reconnue également avec **une annexe du PLFSS 2024 dédiée aux difficultés budgétaires des établissements publics de santé et médico-sociaux** (basée sur les ERRD 2022)
- Le 26/07/2023, la Première Ministre annonce avoir entendu le « *constat d'urgence sur les difficultés financières que rencontrent actuellement les EHPAD et les services à domicile* » et qu'elle a demandé à la Ministre des Solidarités et des Familles de « **mettre en place dans chaque département une commission dédiée au suivi et à l'examen de la situation financière des structures médico-sociales en difficulté**. Cette commission réunira les financeurs et les créanciers publics pour examiner les difficultés de trésorerie et accorder des aides ponctuelles ou des souplesses dans le paiement des dettes sociales ou fiscales. **Un soutien exceptionnel de 100 M€** sera mis à la disposition des ARS et un co-financement sera recherché avec les CD »
- Communiqué FHF du 27 juillet (extrait) : « Ces annonces et cette enveloppe exceptionnelle, apparemment non reconductible, ont le mérite de reconnaître la gravité de la situation mais **ne constituent en aucun cas une réponse à la hauteur des sous-financements constatés pour les EHPAD habilités à l'aide sociale**. La situation résulte mécaniquement du désajustement entre l'évolution des coûts et celle des tarifs (...) et **la FHF estime que c'est un rebasage des crédits pérennes des établissements qui est nécessaire à court terme** ». Des aides ponctuelles sont indispensables à court terme mais les EHPAD ont besoin de financements pérennes à la hauteur de leurs charges

Les demandes de la FHF pour soutenir les ESMS face aux difficultés rencontrées

- ❑ **Inflation : assurer la couverture par les tarifs des surcoûts liés à l'inflation** (écart entre l'évolution des tarifs et l'évolution des prix plafonnée par le bouclier tarifaire). Pour les tarifs H et D, **la FHF réclame la mise en place d'un mécanisme d'indexation sur l'inflation.**
- ❑ **Revalorisation du point d'indice dans la FPH : assurer aux EHPAD la couverture intégrale des revalorisations salariales pour les sections hébergement et dépendance**
- ❑ D'une manière générale, **la FHF a rappelé sa position très favorable à une fusion des sections tarifaires soins et dépendance** dont les avantages seraient nombreux et importants, sur la **simplification de la tarification** (confiée aux seules ARS) mais aussi sur la **réduction des inégalités territoriales**
- ❑ **Objectiver et régler les situations de financement incomplet des mesures salariales (CTI, Ségur 2...) :** les ESMS ne doivent pas être en situation d'autofinancement des mesures salariales
- ❑ Permettre aux établissements de disposer de **nouvelles marges** (générant de l'autofinancement pour des besoins d'investissement) en **élargissant les possibilités actuelles d'appliquer des tarifs différenciés** (assorties de garanties sur l'indexation du prix de journée et non à la seule initiative des CD comme c'est le cas aujourd'hui).
- ❑ **Compenser les surcoûts induits par les changements de régime fiscal (EHPAD assujettis à la TVA)**

✓ **Une activité globale moyenne qui continue à se redresser :**

Le taux d'occupation moyen 2023 des EHPAD publics est de 94,4 % (+ élevé pour les autonomes – 96 % - que pour les rattachés – 92,8 %), il progresse par rapport à 2022 mais reste inférieur à 2019

✓ **Une généralisation des situations déficitaires :**

Résultat déficitaire pour 85 % des EHPAD en 2023 (75 % en 2022) - en tenant compte des CNR reçus
Ces difficultés concernent tous les EHPAD, y compris ceux qui ont une activité supérieure à 95%

✓ **Une nette aggravation du niveau de déficit :**

Déficit prévisionnel qui dépasse les 3000 € par place (+ 1000 € / 2022) et des différences importantes entre EHPAD autonomes et rattachés

✓ **Des difficultés de court terme de trésorerie de plus en plus fréquentes :**

Plus de 60 % des EHPAD ont rencontré des difficultés de trésorerie en 2022

✓ **Des aides exceptionnelles qui restent globalement ponctuelles et très insuffisantes**

40% des EHPAD ont bénéficié de crédits exceptionnels (fonds d'urgence et CNR de toutes nature).
Au-delà de leur montant très insuffisant, caractère non pérenne des aides ponctuelles mobilisées

Secteur handicap : plan de création des 50 000 nouvelles solutions

Un engagement de la Conférence Nationale du Handicap d'avril 2023 réaffirmé lors du Conseil Interministériel du Handicap de septembre 2023

Conférence Nationale du Handicap 2023 :

Déployer 50 000 solutions nouvelles pour accompagner les choix de vie des personnes

Pour garantir une **réponse aux personnes sans solution, un plan de développement pluriannuel ambitieux sera lancé avec la création de 50 000 nouvelles solutions pour les enfants et les adultes.**

Il permettra d'apporter une **réponse massive sur les territoires les plus en tension** (Île-de-France, Outre-Mer...) tout en renforçant **l'offre pour des publics sans solution satisfaisante à ce jour** : enfants et adultes nécessitant un accompagnement renforcé (personnes polyhandicapées, avec trouble du spectre de l'autisme...), enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, personnes handicapées vieillissantes, personnes avec un handicap psychique ou cognitif nécessitant notamment un accompagnement à domicile.

Il s'appuiera sur **des données consolidées et territorialisées** de la CNSA, permettant de partager avec l'ensemble des acteurs (ARS, départements, représentants des personnes, établissements et services) une réponse adaptée à chaque territoire.

Ce plan poursuivra la **politique de prévention des départs en Belgique**. Il répondra également à l'impératif de faire **sortir les jeunes adultes résidant dans les établissements pour enfants** (amendement Creton) pour accéder à leurs aspirations.

Comité Interministériel du Handicap (2023) :

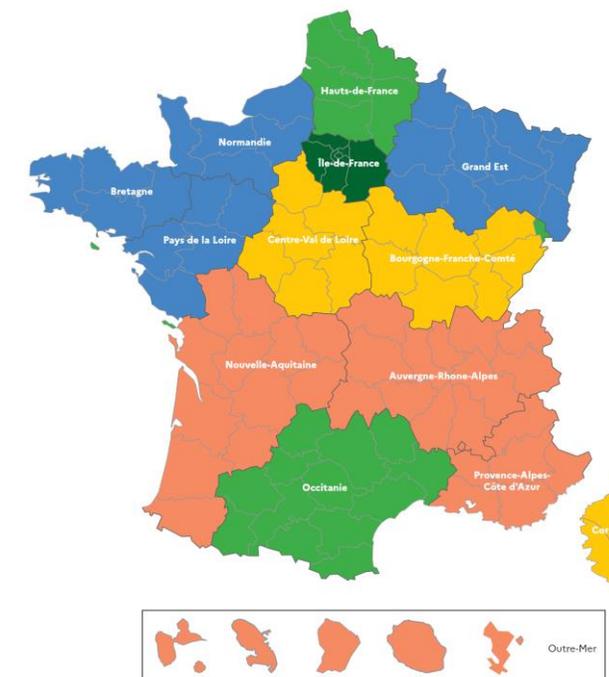
Déploiement des 50 000 solutions d'ici à 2030 pour répondre aux besoins

Lors de la Conférence nationale du handicap d'avril 2023, un plan de développement pluriannuel ambitieux a été annoncé avec la **création de 50 000 nouvelles solutions pour les enfants et les adultes** d'ici à 2030.

Il permettra de réduire les tensions sur les territoires les moins dotés (comme les départements d'Outre-Mer ou ceux de la région Île-de-France), tout en déployant des solutions pour les personnes qui en ont le plus besoin : personnes polyhandicapées, avec trouble du spectre de l'autisme, enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, personnes handicapées vieillissantes, jeunes adultes vivant en établissement pour enfants, personnes avec un handicap psychique, etc.

La carte ci-après présente les résultats des premières projections d'évolution des moyens pour les 50 000 solutions, région par région. **Une circulaire ministérielle précisera les crédits alloués par région** et les conditions de déploiement de ces solutions. Elle sera publiée à l'automne 2023. Les agences régionales de santé engagent un dialogue avec les différents acteurs concernés (conseils départementaux, personnes handicapées et associations) afin de construire un diagnostic fin et concerté.

Cette augmentation sera de plus de 10 % pour les régions Île-de-France, Hauts-de-France et Occitanie, et jusqu'à plus de 20 % pour les Outre-mer.



Crédits nouveaux par région (en M€)



Objectif principal = **création de nouvelles « solutions » d'accompagnement médico-sociales.**

→ développer l'offre sur les territoires les plus en tension et pour les publics les plus en difficulté de solutions.

Ce développement de l'offre devra s'accompagner de sa transformation : offre + inclusive et - cloisonnée.

▪ **Développer l'offre médico-sociale pour répondre aux besoins non satisfaits**

- La création de solutions nouvelles priorisant les territoires les plus en tensions
- Prenant également en compte des publics dont les besoins ne sont pas bien satisfaits : autisme, personnes handicapées vieillissantes, enfants en situation de handicap suivis au titre de l'ASE, public à forte intensité de prise en charge....

=> Un travail de priorisation ARS-CD au plus près des territoires et des besoins

▪ **Accompagner la transformation de l'offre:**

- « *le passage d'une logique de place à une logique d'offres de services coordonnés* » : hébergement, appui à la vie sociale, soins...
- Une offre plus inclusive, décroisonnée (cf. accompagnement dans les murs de l'école, dans l'emploi)...
⇒ Une action commune ARS-CD en direction des organismes gestionnaires
- Un levier complémentaire à la transformation : le fonds d'appui à la transformation doté de 500 millions €

=> Aide à l'investissement et appui en ingénierie à combiner

+ 1,5 Mds€ en fonctionnement répartis en 4 enveloppes

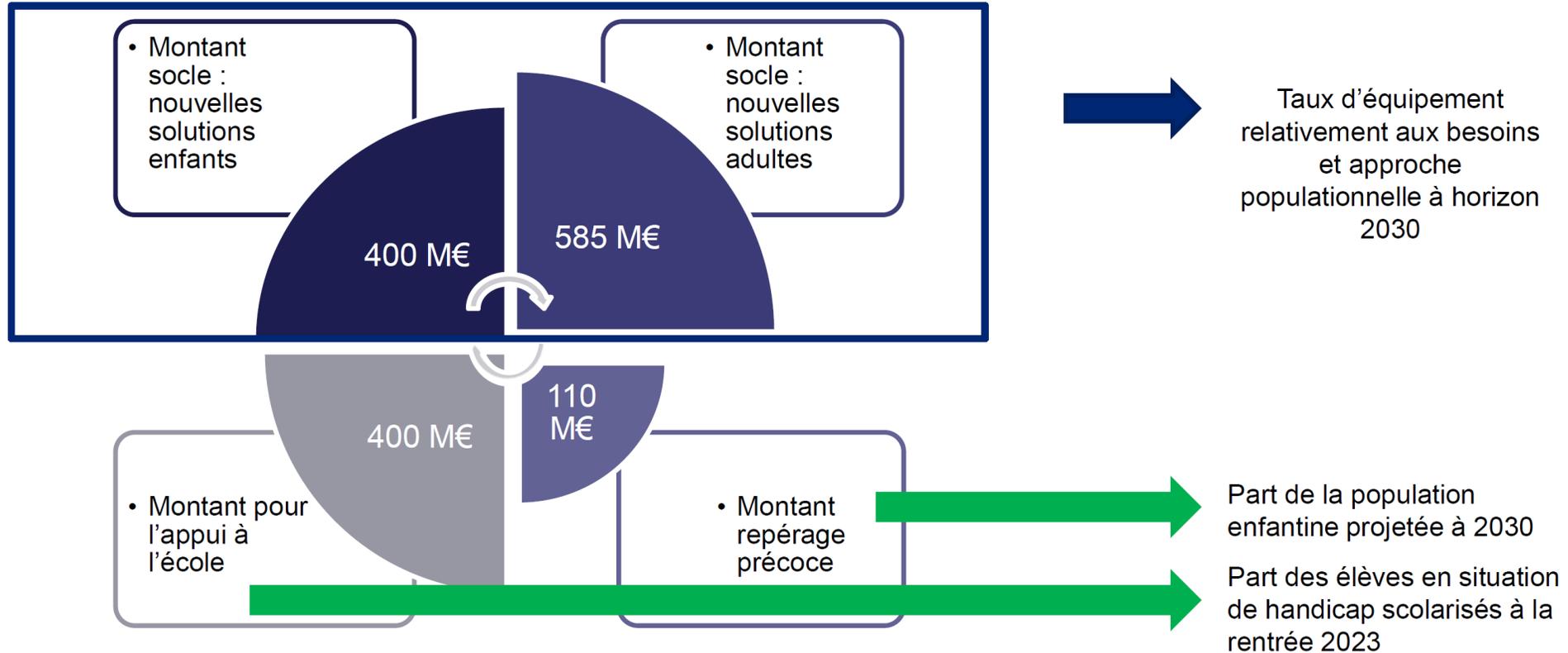
		Montants Millions €
Enfants	Repérage-intervention 0-6	110
	Pôles d'appui à la scolarisation renforcés de moyens MS	400
	Autres nouvelles solutions	400
Adultes	Nouvelles solutions MS	585
Total		1 495

+

Ces 1,5 Mds€ représentent un effort financier sans précédent sur l'objectif de rattrapage de l'offre (= environ 10 % de l'OGD personnes handicapées)

Fonds dédié à la transformation de l'offre (500 M€)

Les principes globaux de répartition des crédits



La combinaison de 2 approches pour la répartition des crédits :



Une logique de rattrapage (donner plus à ceux qui ont moins et sont sous-équipés)

- Basée sur des **taux d'équipements** ou € OGD / habitant (rapporté à la population handicapée du territoire)
- Ou basée sur les tensions révélées par **Via trajectoires**



Cumulée à la prise en compte proportionnée de besoins populationnels simples qui concernent toutes les régions (dotation proportionnelle aux Cretons ou à la population 2030)

Travaux en cours, à des rythmes différents en fonction des dynamiques territoriales

- niveau d'avancement des concertations variable notamment avec les CD
- Consultations en cours avec l'ensemble des partenaires : Education nationale, Préfecture, Conseil régional, Fédérations, CRSA, MDA, CDCA, OG...
- Des AMI lancés au niveau régional ou départemental (ARS IDF, Grand Est, Occitanie, Normandie, Pays de la Loire) :
- ✓ pour les projets matures et opérationnels dès 2024 (sans contrainte bâtementaire)
- ✓ pour les projets nécessitant concertation + investissement (bâti) en 2025 et suivants

- Un fonds de dossier conséquent sur les **diagnostics territoriaux : PRS et schémas départementaux / protocoles territoriaux OM**
- 2024 : une **année charnière** entre déploiement des programmations *ante* CNH et premiers projets CNH
- Des **premiers AMI** lancés dans certaines régions

Points de vigilance déjà partagés par les ARS :

- Attente des compléments liés aux travaux en cours sur la partie « appui à la scolarisation » et « repérage & intervention précoce »
- Besoin visibilité sur l'outillage de l'appui à la transformation de l'offre (fonds de soutien / mission Haussoulier / mission IGAS..)
- Contrainte calendaire rapprochée car fixée au 31 mai 2024, pour la remontée des programmations => plusieurs ARS annoncent une remontée de leur programmation « à grosse maille » avant une programmation plus fine en 2025

- **Besoin d'ajustement pas à pas des planifications** au regard de la faisabilité du déploiement des solutions
- **Création et transformation** : deux composantes complémentaires dans la planification des ARS
- Un travail d'**articulation entre crédits d'exploitation et crédits d'investissement**

PAI Ante CNH



- Une visibilité annuelle des fonds par ARS: 30M€
- Les mises aux normes privilégiées
- Des prestations intellectuelles limitées à des projets immobiliers

PAI au service de la CNH



- Une visibilité globale sur la durée restante de la COG 22-26 : 90M€
- Une orientation vers des projets transformants
- Des prestations intellectuelles au service de la transformation de l'offre



Déployer 50 000 solutions nouvelles pour accompagner les choix de vie des personnes

Passer d'une logique de place à une logique d'offre de services coordonnés

- **Des publics cibles pour un rattrapage de l'offre** : jeunes adultes (Creton), PHV, polyhandicap, autisme sévère, troubles psy, ASE
- **Une visibilité et une utilisation des AE rendue possible sur trois ans** (30M€/an d'ici la fin de la COG soit 90M€)
- **Une exclusion des mises aux normes** (qui restent finançables par les CNR) : les crédits du PAI seront concentrés sur la transformation de l'offre
- **Des projets transformants qui visent ou non la création de places nouvelles et qui prennent en compte les enjeux de décarbonation de la branche**
- **Des prestations intellectuelles + facilement mobilisables et finançables** dès lors qu'elles permettent la transformation de l'offre, par des investissements immobiliers ou des changements organisationnels
- Une recherche de cofinancement, notamment avec les CD et une orientation vers les ESMS dont la capacité d'autofinancement est faible

Complément de traitement indiciaire (agents des filières administrative et technique des ESMS publics autonomes)

CTI dans les ESMS publics autonomes : la FHF a engagé un recours contentieux devant le Conseil d'Etat

Les agents des filières administrative et technique qui exercent leur activité au sein d'un ESMS public autonome restent exclus du bénéfice de la revalorisation socle de 193 € par mois.

Prenant acte de la volonté des pouvoirs publics de ne plus rouvrir de négociations sur le périmètre du CTI, la FHF a consulté plusieurs cabinets d'avocats pour expertiser des voies de recours contentieux.

Les délais de recours ayant expiré, une contestation directe par la voie de l'action (recours pour excès de pouvoir) n'était plus possible directement contre les décrets litigieux.

Néanmoins, **le président de la FHF a écrit fin février 2023 à la Première Ministre** pour lui demander que le décret du 19 septembre 2020 (instituant le CTI) soit « modifié dans ses dispositions qui portent atteinte à l'égalité de traitement entre agents publics de la FPH » → L'absence de réponse dans le délai de 2 mois à cette demande de modification réglementaire a fait naître une décision implicite de rejet qui permet d'engager un recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.

→ **Le recours pour excès de pouvoir a été déposé devant le Conseil d'Etat en septembre 2023** et vise à faire reconnaître l'illégalité du décret du 10 septembre 2020 qui instaure le CTI en violation du principe d'égalité de traitement des agents publics.

Le principe d'égalité de traitement des agents publics ayant valeur constitutionnelle, le recours pour excès de pouvoir a été complété d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), jugée recevable le 21 décembre 2023 par le CE qui a reconnu le caractère sérieux de « la question de l'atteinte que les dispositions des LFSS 2021 et 2022 porteraient aux droits et libertés garantis par la Constitution, et notamment au principe d'égalité devant la loi ».

Le Conseil Constitutionnel a rendu sa décision le 21 mars et a jugé que les dispositions du niveau législatif qui fondent le périmètre d'attribution du CTI ne sont pas contraires à la Constitution.

La FHF prend donc acte de cette décision, tout en s'interrogeant sur les différences réelles dans les modalités d'exercice des missions des agents qui ne sont pas explicitées par la décision du Conseil Constitutionnel, entre établissements rattachés et établissement autonomes, et va poursuivre son action pour faire reconnaître cette inégalité de traitement entre les agents de la FPH.

La FHF attend maintenant les suites du recours contentieux pour excès de pouvoir engagé devant le Conseil d'Etat et confirme sa détermination à voir corrigés les oublis persistants dans l'application du CTI pour chaque professionnel de la FPH.