

Rapport du Président

Séance Publique du
jeudi 13 mars 2014

Service instructeur
Direction de l'Autonomie

4^{ème} **Commission** - N° CG-2014-2-4-1

Service consulté

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES DE LA CHAMBRE REGIONALE DES
COMPTES RELATIF A LA TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES
SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX DANS LE CHAMP DES PERSONNES AGEES ET
ADULTES HANDICAPEES POUR LA PERIODE 2008-2012**

Résumé : Le présent rapport a pour objet de communiquer à l'Assemblée les observations définitives, formulées par la Chambre Régionale des Comptes, à l'issue de son contrôle sur la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans le champ des personnes âgées et adultes handicapées. Ce contrôle a porté sur la période 2008-2012.

En application de l'article L 243-5 du Code des juridictions financières, la Chambre Régionale des Comptes a transmis ses observations définitives suite au contrôle portant sur la tarification des établissements et services pour personnes âgées et adultes handicapées exercée par le Conseil Général.

Ces observations doivent être communiquées au Conseil Général dès sa plus proche réunion, dans les conditions de forme prescrites par le code précité. Conformément au principe de libre accès aux documents administratifs constitué par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978, les observations seront de plein droit communicables à toute personne qui en fera la demande, à compter de la réunion du Conseil Général.

Cette mission dite de tarification désigne le processus appliqué par le Conseil Général pour assurer le financement de ce secteur qui représente en 2012, comme le rappelle la chambre, 45,5 % du total de nos dépenses en direction de ces deux publics.

Ce contrôle s'effectue dans le cadre plus vaste d'une enquête nationale pilotée par la Cour des Comptes, le présent rapport d'observations définitives lui sera donc transmis et nous connaissons les conclusions de la Cour en 2014.

Le contrôle effectué par la chambre s'est déroulé dans de très bonnes conditions d'écoute et de dialogue. La chambre s'est attachée à contrôler les points suivants :

- notre connaissance du public et nos outils de planification : elle constate que le Conseil Général s'est donné les moyens de connaître la population à servir et fixe des

objectifs précis et bien articulés avec l'Agence Régionale de Santé et nous invite à mesurer les conséquences financières des choix opérés –la priorité au soutien à domicile- et à rendre compte du suivi du schéma devant l'assemblée,

- les enjeux financiers : elle relève le respect des enveloppes limitatives fixées par l'assemblée et préconise d'en informer annuellement l'assemblée à l'issue de chaque campagne de tarification,
- le pilotage de la tarification : elle note que la campagne budgétaire est parfaitement maîtrisée et relève tout particulièrement la mise en œuvre récente de notre référentiel des coûts qui permet aux établissements de se comparer entre eux et d'améliorer leur gestion par la diffusion de bonnes pratiques.
Pour le Conseil Général, cet outil devrait permettre à terme d'affiner la répartition des moyens entre établissements selon leurs besoins et de réduire les écarts de coûts entre les structures. A ce titre, elle propose une utilisation accrue des conventions d'objectifs et de moyens,
- le contrôle des établissements : elle préconise d'en augmenter le rythme.

De manière globale, elle note, de façon très positive, que le Conseil Général s'est doté de moyens et d'outils lui permettant de piloter le dispositif de tarification et que cela représente un réel intérêt au vu des dépenses engagées, qui influent fortement sur les finances départementales.

A l'issue de la procédure contradictoire, elle retient une seule préconisation : « la chambre invite le Conseil Général à poursuivre la démarche engagée vers une plus grande convergence des coûts à la place dans le champ des personnes âgées et des personnes adultes handicapées ».

Au vu de ce qui précède, **je vous propose de me donner acte de la communication du rapport intégral des observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes**, portant sur la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans le champ des personnes âgées et des personnes adultes handicapées sur la période 2008-2012 ainsi que des réponses apportées par le Département et vous invite à en débattre. Ces documents sont joints à la présente communication.



Charles BUTTNER

Sommaire

SYNTHESE	3
PRECONISATION	4
1. PRESENTATION DU SYSTEME DE TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX	5
2. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES DANS LE HAUT-RHIN	5
2.1 La connaissance, par le Conseil général, du nombre de personnes âgées et de personnes handicapées	5
2.1.1 Les données démographiques	5
2.1.2 Les bénéficiaires des allocations et prestations	6
2.1.3 La répartition des établissements et services médico-sociaux et la cohérence entre les besoins et l'offre	7
3. LES OBJECTIFS	9
3.1 Les outils de planification et de programmation	9
3.2 Le lien entre les objectifs affichés et les décisions prises ou à venir	11
4. LES ENJEUX FINANCIERS	12
4.1 Les dépenses et les recettes qui entrent dans le champ de la compétence sociale	12
4.1.1 Les dépenses et les recettes sociales	12
4.1.2 Les dépenses et les recettes dans le champ des personnes âgées et des personnes handicapées	13
4.1.3 Les dépenses et les recettes qui entrent dans le champ de la tarification	15
4.2 Les dépenses d'investissement	16
5. LE PILOTAGE	17
5.1 Présentation du service de tarification du Conseil général	17
5.2 Les relations avec l'ARS et le Conseil général du Bas-Rhin	18
5.3 Les relations avec les établissements sociaux et médico-sociaux	18
5.4 Le contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux	19
6. LE DEROULEMENT DE LA CAMPAGNE BUDGETAIRE	19
7. LES OUTILS DE LA TARIFICATION	20
7.1 Les conventions tripartites	20
7.2 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	21
7.3 La mise en place d'un référentiel des coûts	22
7.3.1 La définition d'un coût à la place en matière d'hébergement	22
7.3.2 La prise en compte de la dépendance des personnes âgées	24
7.3.3 L'intérêt de la mise en place d'un tel instrument de pilotage	25

GLOSSAIRE.....	27
ANNEXE	29
Tableau 1 : Evolution du nombre et de la capacité d'accueil des EHPAD et des accueils de jours pour personnes âgées entre 2008 et 2012	29
Tableau 2 : Evolution du nombre et de la capacité d'accueil des foyers d'accueil, spécialisé et médicalisé, ainsi que des services d'accueil de jours pour personnes handicapées entre 2008 et 2012	29

SYNTHESE

La chambre régionale des comptes a inscrit à son programme de l'année 2013, le contrôle de la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans le champ des personnes âgées et des personnes adultes handicapées, par le Conseil général du Haut-Rhin. Ce contrôle s'inscrit, par ailleurs, dans le cadre d'une enquête nationale pilotée par la Cour des comptes et lui sera transmis à ce titre.

Le terme de tarification désigne le processus qui conduit au financement des établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence du Conseil général et/ou de l'agence régionale de santé. La chambre s'est attachée à apprécier l'emploi, par le Conseil général du Haut-Rhin, des fonds utilisés à ce titre au regard des besoins estimés, de l'existence d'outils de pilotage, de la connaissance des prestations délivrées dans les établissements et de l'égalité de traitement entre eux. Elle s'est plus particulièrement penchée sur les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, les foyers d'accueil médicalisés et les foyers d'accueil spécialisés.

Ainsi, elle a pu constater que le Conseil général s'est donné les moyens de mesurer, autant que faire se peut, les grandes évolutions démographiques de sa population et leurs conséquences sur le public concerné. Les outils de planification départementaux, qui s'articulent avec les schémas régionaux pilotés par l'agence régionale de santé, malgré des calendriers qui se chevauchent ou qui diffèrent, prennent en compte ces données et fixent des objectifs précis à atteindre. Ils pourraient cependant être améliorés en y faisant apparaître les conséquences financières des choix opérés et en rendant compte, suivant des échéances à définir, de leur mise en œuvre devant l'assemblée départementale.

Les dépenses qui entrent dans le champ de la tarification représentent, en 2012, 45,5 % du total des dépenses réalisées en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. La chambre observe que les enveloppes limitatives fixées annuellement par l'assemblée délibérante sont respectées. Elle estime cependant qu'une telle information, après chaque campagne de tarification, pourrait utilement lui être restituée compte-tenu des sommes en jeu et de l'importance, qui en résulte, en matière de maîtrise des objectifs affichés.

La chambre note, par ailleurs, que le Conseil général veille à contenir la progression du tarif d'hébergement supporté par les personnes âgées accueillies dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) notamment en subventionnant les dépenses d'investissements de ces établissements publics ou associatifs traduisant, par là même, un choix de politique sociale. La chambre observe qu'il impacte à hauteur de 5,6 % le prix de journée et qu'en moyenne annuelle, le Conseil général dépense, sur son budget d'investissement, environ 11 M€ à ce titre.

Le déroulement de la campagne budgétaire est parfaitement maîtrisé par la collectivité et n'appelle pas de remarque particulière. La chambre note cependant la difficulté de faire le lien entre les conventions tripartites signées avec les établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes et les décisions prises au titre de la tarification annuelle, alors que les unes et les

autres sont liées. Ce point pourrait être revu dans le cadre des nouvelles conventions qui viendront progressivement remplacer celles existantes. De même, l'utilisation accrue des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pourrait présenter une réelle utilité pour permettre à un établissement ou un service de se rapprocher des coûts moyens mis en exergue par le référentiel des coûts.

La mise en œuvre récente de ce référentiel, qui concerne à la fois l'hébergement et la dépendance, présente un intérêt particulier que la chambre tient à souligner. Il offre au Conseil général un outil de pilotage tout à fait intéressant pour l'allocation de ses moyens et permet aux établissements de l'utiliser pour se comparer entre eux et améliorer leur gestion par la diffusion de bonnes pratiques. Il devrait permettre d'affiner, à mesure qu'il sera approprié par les uns et les autres, les moyens affectés aux établissements en fonction de leurs besoins et au regard de ceux attribués aux autres relevant de la même catégorie.

D'une manière globale, la chambre note que le Conseil général s'est doté de moyens humains et d'outils à même de lui permettre de piloter le dispositif de tarification, ce qui présente un vrai intérêt dans la mesure où les dépenses engagées à ce titre influent d'une manière importante sur les finances départementales. Elle note que son action pourrait encore pouvoir se renforcer grâce au référentiel récemment créé qui devrait permettre de réduire les écarts de coûts entre structures. Un contrôle accru du fonctionnement des établissements pourrait d'ailleurs utilement parfaire l'action engagée. La chambre invite le Conseil général à les accentuer dans les années à venir.

*

* *

Eu égard aux réponses apportées dans le cadre de la procédure contradictoire et à l'accord pour la mise en œuvre des recommandations formulées à titre provisoire, la chambre en prend acte et en assurera le suivi de leur mise en œuvre. Elle présente, en début de rapport, l'unique préconisation retenue à l'issue de la procédure contradictoire. Sa mise en œuvre s'inscrivant dans la durée, un suivi de la chambre interviendra en tant que de besoin.

PRECONISATION

Orientation

Orientation n° 1 : La chambre invite le Conseil général à poursuivre la démarche engagée vers une plus grande convergence des coûts à la place dans le champ des personnes âgées et des personnes adultes handicapées.

1. PRESENTATION DU SYSTEME DE TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) sont largement financés par les conseils généraux et/ou par l'assurance maladie par l'intermédiaire des agences régionales de santé (ARS). Le terme de «tarification» désigne le processus qui conduit à la fixation de ce financement. Ainsi, chaque année, sauf lorsqu'il existe des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les ESMS déposent un état prévisionnel financier qui fait l'objet d'une négociation avec les autorités de tarification. Le processus se termine par une décision de financement qui prend la forme d'un arrêté du président du Conseil général.

Les procédures de tarification sont hétérogènes et variables en fonction des bénéficiaires :

- la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) distingue le soin (pris en charge par l'assurance maladie), la dépendance (prise en charge par les conseils généraux et pour une petite partie par les résidents) et l'hébergement (pris en charge par les personnes âgées ou par les conseils généraux au titre de l'aide sociale). Il n'en n'est pas ainsi pour les structures d'accueil des personnes handicapées (prises en charge, en fonction de la structure, par les conseils généraux et/ou l'assurance maladie) ;
- la tarification peut prendre la forme d'un prix de journée ou d'une dotation globale ;
- la tarification de certains personnels est partagée entre plusieurs autorités de tarification.

Par ailleurs, les prestations financées par les ARS s'inscrivent dans le cadre de l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) des ESMS, alors que celles délivrées par les départements dépendent des contraintes et objectifs locaux. Toutefois, certains établissements, dont les EHPAD ou les foyers d'accueil médicalisé (FAM), sont financés conjointement ce qui suppose une coordination entre les deux autorités de tarification. Il est également à noter que les éventuels déficits ou excédents ont vocation à être repris à l'année $n + 2$ et que les ESMS disposent de la faculté de saisir le tribunal de la tarification s'ils estiment ne pas disposer de moyens nécessaires à leur fonctionnement et que l'autorité de tarification n'est pas en mesure de les justifier d'une manière objective.

La tarification suppose donc une maîtrise du processus (capacité d'analyser les budgets des ESMS), de l'inscrire dans son environnement (allouer à chaque ESMS ce qui lui revient par rapport à un autre, au regard du service rendu et du public accueilli) et dans un cadre partagé entre autorités de tarification. Le risque étant, si tel n'est pas le cas, d'être dans un processus de reconduction à la hausse des moyens alloués à chaque établissement ou service sans lien avec le service réellement assuré et avec des différences importantes entre structures pourtant comparables.

2. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES DANS LE HAUT-RHIN

2.1 La connaissance, par le Conseil général, du nombre de personnes âgées et de personnes handicapées.

2.1.1 Les données démographiques

Le Conseil général dispose d'un ensemble de données comme, par exemple, l'étude qu'il a menée conjointement avec l'ARS et l'INSEE, en avril 2011, intitulée « Vieillesse et

dépendance : évolutions d'ici 2020 » à même de lui donner des indications sur l'évolution démographique de la population régionale et départementale. L'Alsace est une région encore jeune dont la population vieillit davantage que celle du reste du pays. La part des personnes âgées en Alsace (7,82 % de la population a plus de 75 ans) est inférieure à la moyenne nationale (8,89 %). La population du Haut-Rhin est légèrement plus âgée que celle du Bas-Rhin. L'indice de vieillissement a augmenté de 6,1 points entre 2006 et 2010 contre 2,3 points en France métropolitaine. Ce phénomène est toutefois moins marqué dans le Haut-Rhin où l'indice de vieillissement a progressé de 5,7 points sur la période contre 6,4 dans le Bas-Rhin. La prise en charge des personnes âgées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est plus élevée en Alsace (22,1 % des personnes de plus de 75 ans) qu'au niveau national (20,6 %) mais elle est inférieure dans le Haut-Rhin (19,7 %), alors même que la part de personnes âgées est plus importante.

D'une manière générale, la connaissance du nombre de personnes handicapées est difficile et la prévision d'évolution aléatoire dans la mesure où l'entrée et la déclaration du handicap ne sont pas prévisibles. Le schéma en direction des personnes handicapées évalue le nombre d'adultes (de 20 à 59 ans) concernés à environ 16 000 personnes. En revanche, le vieillissement de ce public est une donnée nouvelle que les politiques publiques doivent anticiper. Il a fait l'objet d'une étude, en 2010, de l'observatoire Haut-Rhinois de l'action sociale (OHRAS) et d'un suivi annuel dans le cadre du schéma. Les mesures de dérogation pour les personnes handicapées accueillies en EHPAD sont, à ce titre, étudiées. Le nombre de personnes concernées reste stable pendant toute la période sous revue à hauteur d'une cinquantaine de personnes, soit un pourcentage très faible de la population accueillie (de l'ordre de 0,05 %).

En conclusion, la chambre observe que le Conseil général s'est donné les moyens de mesurer les évolutions démographiques de sa population même s'il est toutefois difficile de mesurer l'évolution du nombre de personnes handicapées.

2.1.2 Les bénéficiaires des allocations et prestations

Le tableau, ci-après détaille par catégorie APA, prestation de compensation du handicap (PCH) et allocation compensatrice de tierce personne (ACTP), l'évolution du nombre des prestations individuelles allouées aux personnes âgées et aux personnes handicapées adultes :

Tableau 1 : Nombre de bénéficiaires de l'APA, de la PCH et de l'ACTP

Bénéficiaires	2008	2009	2010	2011	2012	Ecart 08/12
APA à domicile	5 492	6 126	6 674	6 819	6 953	27%
APA en établissement	5 604	5 747	5 782	6 077	6 182	10%
PCH	1 167	1 653	1 972	2 280	2 548	118%
ACTP	1 118	1 162	1 129	1 100	1 045	-7%

Source : Conseil général

Sur le champ des personnes âgées, on observe une évolution de 27 % du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile. D'une manière plus fine, on constate que la progression a été de 11,5 % entre 2008 et 2009 pour n'être plus que de 2 % entre 2011 et 2012 traduisant probablement la fin de la montée en charge de cette prestation qui arrive à son « rythme de

croisière ». La progression concerne essentiellement les bénéficiaires du GIR¹ 4 (+ 42,5 % entre 2008 et 2012). Le Conseil général accorde désormais une attention particulière à ces bénéficiaires dans la mesure où la frontière entre eux et ceux qui relèvent des GIR 5 et 6, pris en charge par les caisses de vieillesse, est parfois ténue. Il y a un enjeu financier majeur à ce que l'évaluation effectuée corresponde au plus juste à l'état de dépendance de la personne âgée concernée. Ainsi et par exemple, des actions de formations communes ont été organisées pour partager une même lecture de la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) et éviter les discordances entre agents évaluateurs. L'évolution du nombre de personnes âgées en établissement dépend du nombre de places disponibles. A l'inverse du domicile, c'est logiquement le nombre de personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 et 2) qui progresse le plus (+ 11,5 % entre 2008 et 2012), alors que le nombre de personnes relevant des GIR 3 et 4 augmente, sur la même période, de 8,1 %. Cette tendance traduit le fait que l'entrée en établissement se fait de plus en plus lorsque la vie à domicile devient trop difficile ou impossible du fait de la dégradation de l'état de santé de la personne âgée. Ce comportement influe sur les modalités de prises en charges des personnes et sur les moyens affectés par les autorités de tarification aux établissements concernés.

La prestation de compensation du handicap (PCH) connaît une progression de 118 % pendant la période sous revue traduisant, à la fois, l'intérêt de cette nouvelle prestation et sa montée en charge. En revanche, la décade de l'allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) est très lente. Ceci s'explique au niveau national comme au niveau local par le fait qu'il s'agit d'une prestation libre d'utilisation, alors la PCH doit être utilisée conformément au plan d'aide approuvée par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ce qui, pour certains, peut être un frein.

En conclusion, la chambre observe une tendance générale à l'augmentation qui s'explique par le vieillissement de la population et par une reconnaissance plus large de la notion de handicap qui s'est notamment ouvert au handicap psychique. Ceci suppose de dégager des moyens financiers nouveaux, de redéployer des moyens existants et d'adapter le nombre et les modalités de prises en charge du public concerné. C'est tout l'objet du processus de planification et de tarification.

2.1.3 La répartition des établissements et services médico-sociaux et la cohérence entre les besoins et l'offre

Les tableaux joints en annexe montrent l'évolution du nombre et de la capacité d'accueil des EHPAD, des accueils de jours pour personnes âgées et pour personnes handicapées, des foyers d'accueil médicalisé (FAM) et des foyers d'accueil spécialisé (FAS) pendant la période sous revue.

Le nombre d'établissements et services pour personnes âgées est passé de 97 en 2008 à 112 en 2012, soit une progression de 15,5 %. La capacité d'accueil et de prise en charge est passée, quant à elle, de 6 612 places à 7 325 places, soit une progression de 10,6 % au cours de la même période. Plus particulièrement, le nombre d'EHPAD est passé de 67 à 78 entre 2008 et 2012, pour une capacité d'accueil de 5 382 à 6 425 places, étant précisé que neuf unités de soins de longues durées (USLD) ont été transformées en EHPAD en 2009 suite à la réforme des

¹ GIR : groupe iso-ressources. Le GIR est un niveau de classement qui permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie d'une personne. Il se calcule à partir de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes iso-Ressources) en fonction de la perte d'autonomie à partir de constats des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Il se décompose en six niveaux allant de la dépendance la plus lourde, le GIR 1 (personne confinée au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants) à la plus légère, le GIR 6 (personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne).

USLD : les USLD se distinguent des EHPAD par le fait qu'elles accueillent des personnes âgées très dépendantes. Elles sont soumises au même système de tarification que les EHPAD. La réforme a consisté à considérer comme EHPAD, les USLD qui accueillait un public dont le niveau de dépendance moyen ne justifiait pas une prise en charge dans un tel établissement. Ces établissements appartiennent essentiellement au secteur associatif ou au secteur public. Le secteur commercial demeure marginal et stable.

Le nombre d'établissements et services pour personnes handicapées est passé de 59 en 2008 à 74 en 2012, soit une progression de 25,5 %. La capacité d'accueil et de prise en charge a progressé de 16 % passant de 1 462 à 1 964 places (étant précisé, qu'il n'est pas possible de raisonner en nombre de places pour les services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés). Le nombre de FAM est resté de cinq, mais la capacité d'accueil est passée de 161 à 184 places. Le secteur est partagé à hauteur de 57 % pour le secteur associatif et 43 % pour le secteur public.

Par ailleurs, le Conseil général a autorisé la création de deux EHPAD, de deux accueils de jour, ainsi que l'extension de six EHPAD augmentant ainsi la capacité d'accueil des personnes âgées de 305 places. Il a également autorisé la création d'un service d'accueil de jour et de cinq foyers ainsi que l'extension d'un foyer créant ainsi 235 nouvelles places. Ces décisions ont été prises en application de l'ancienne réglementation qui permettait d'autoriser la création d'établissements ou de services et de les financer, éventuellement, dans un délai de trois ans. Désormais, le système des appels à projet a été mis en place. Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), recense les appels à projets à lancer entre 2012 et 2016. Il est probable, que cette procédure bouscule les choix opérés jusqu'alors du fait de la mise en concurrence qu'elle suppose.

Le taux d'équipement, toutes structures confondues pour la prise en charge des personnes âgées, est de 126,6 pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans en France métropolitaine. Il est de 136,6 en Alsace et 137,1 dans le Haut-Rhin. Le taux d'équipement en lits médicalisés est également plus élevé en Alsace (107,2 pour 1000) qu'en France métropolitaine (103,3 pour 1000), mais le Haut-Rhin dispose d'un taux d'équipement moindre que le Bas-Rhin. En revanche, les services de soins et d'aide à domicile sont moins développés en Alsace (16,2 places pour 1 000) qu'en France métropolitaine (19,9 pour 1 000). Le Haut-Rhin s'approche de la moyenne nationale (19,3) alors que le Bas-Rhin, avec seulement 13,9 places pour 1 000, s'en éloigne.

La part de bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) en Alsace est moins élevée qu'en France métropolitaine tandis que la part des bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est plus élevée. 1,9 % de la population adulte est allocataire de l'AAH en Alsace (2,5 % en France) et quatre personnes pour 1 000 bénéficient de la PCH ou de l'ACTP (3,8 en France). Les allocataires sont proportionnellement plus nombreux dans le Haut-Rhin que dans le Bas-Rhin. L'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés est légèrement supérieur en Alsace (4,16 pour 1 000) qu'en France métropolitaine (3,8 pour 1 000). Le taux d'équipement en foyer de vie est nettement plus élevé en Alsace (Haut-Rhin : 3,72 ; Bas-Rhin : 3,02) que dans le reste de la France (1,45). L'hébergement médicalisé est proche de celui de la France, mais il repose dans le Bas-Rhin essentiellement sur les FAM et accuse un certain déficit dans les maisons d'accueil spécialisé (MAS) alors que dans le Haut-Rhin, la situation est inversée. Il faut toutefois souligner que la différence du public accueilli est parfois ténue entre l'un et l'autre. Enfin, la région est légèrement moins équipée en établissements et services d'aide par le travail (ESAT), (3,3 places) que le reste de la France (3,44 places pour 1 000 adultes).

En conclusion, le Département est plutôt bien doté en matière d'hébergement pour personnes âgées. Il se situe dans la moyenne nationale pour ce qui est de l'hébergement des personnes handicapées.

3. LES OBJECTIFS

3.1 Les outils de planification et de programmation

La planification des équipements et services médico-sociaux permet de prévoir les évolutions de l'offre pour répondre aux besoins de la population en prenant en compte les priorités nationales, régionales et départementales. Les outils de planification sont opposables et toute demande de création, d'extension ou de transformation d'établissements ou de services doit être compatible avec les objectifs et besoins qui y sont exposés.

Le Conseil général s'inscrit dans une tradition de planification qui se poursuit actuellement dans le cadre de la loi du 29 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Elle distingue le niveau régional et le niveau départemental.

Au niveau régional, le plan régional de santé (PRS) décline la vision stratégique de l'Etat en matière hospitalière, ambulatoire et médico-sociale (l'actuel PRS couvre la période 2012-2016) Le schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS) décline le volet médico-social du PRS et a vocation à articuler l'approche régionale avec celles des départements déclinées dans les schémas départementaux, il couvre la même période que le PRS.

Le niveau départemental correspond aux schémas départementaux pilotés par les conseils généraux. Le Conseil général du Haut-Rhin dispose d'un schéma gérontologique (qui couvre la période 2012-2016) et d'un schéma des personnes handicapées (qui couvre la période 2009-2013).

La planification doit donc articuler l'approche régionale avec celle des départements et trouver une synthèse acceptable pour tous alors même que les calendriers ne sont pas harmonisés et les stratégies et besoins, pas nécessairement les mêmes. Il faut cependant noter que le Conseil général comme l'ARS jugent qu'ils ont collaboré d'une manière tout à fait satisfaisante et se sont retrouvés sur les objectifs essentiels. Ils ont trouvé une traduction opérationnelle dans le PRIAC piloté par l'ARS. Toutefois, la mise en œuvre de celui-ci suppose, pour partie, un co-financement du Conseil général. La bonne articulation entre les deux institutions permet que cela soit globalement le cas.

Le schéma gérontologique compte quatre priorités déclinées en orientations stratégiques :

- faciliter les parcours de vie de la personne âgée,
- aider les aidants,
- assurer la jonction entre la politique du logement et la politique médico-sociale,
- favoriser le déploiement des nouvelles technologies de l'information et de la communication au service du bien vieillir.

Il n'y est pas prévue la création de nouvelles places d'EHPAD hormis celles qui permettront à des établissements d'atteindre la taille critique de 80 places (il s'agit en fait de faire supporter à un nombre de personnes suffisamment important le montant des dépenses d'hébergement afin d'en atténuer le coût). Sous réserve de crédits disponibles, il est également envisagé de poursuivre la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ainsi que de poursuivre la réflexion autour des formes intermédiaires d'accueil (petite unité de vie par exemple) et des prises en charge innovantes. On peut ainsi observer que le schéma cherche à innover dans les modalités de prise en charge du public concerné.

Le schéma en direction des personnes handicapées comporte un long diagnostic justifié, d'une part, par la complexité et l'étendue de la notion de handicap et, d'autre part, par un cadre légal qui a profondément évolué. Il comprend un second volume appelé « plan d'action en faveur des adultes » qui décrit précisément un certain nombre d'actions à mener qui concernent

principalement l'extension des prises en charge par les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) ainsi que la recherche de formules innovantes mixant logement et accompagnement.

La chambre constate le caractère opérationnel de la planification départementale qui fixe des objectifs à atteindre et qui s'articule avec la planification régionale. Elle présente des objectifs suffisamment précis pour qu'ils puissent faire l'objet d'un suivi dans la mise en œuvre opérationnelle.

Les deux schémas ont en commun de rechercher l'accompagnement à domicile plutôt que l'hébergement en établissement conformément aux souhaits majoritaire des personnes concernées. Cette stratégie, qui s'inscrit dans les orientations nationales, est reprise dans le SROMS. A ce titre, elle ne laisse pas un grand espace disponible pour une autre approche. Elle conduit cependant à retarder le moment où une personne âgée entre dans un établissement qui devient en quelque sorte la solution de dernier recours. Le profil des résidents s'en trouve ainsi modifié et nécessite d'adapter la prise en charge. Elle peut aussi conduire à la nécessité d'adapter certaines structures d'accueil pour personnes handicapées, par exemple, en transformant des FAS en FAM afin d'y disposer d'un environnement médical. Cette stratégie n'est pas sans incidence financière. Il ressort des informations transmises par le Conseil général que le coût moyen annuel pour le Département, en 2011, d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA à domicile s'établit à 5 112 € alors qu'en établissement le coût de prise en charge est de 4 122 €. Toutefois, lorsque celle-ci est dans l'incapacité totale ou partielle de payer ses frais d'hébergement, le Département les prend en charge au titre de l'aide sociale, la dépense moyenne supportée par ce dernier passe à 8 851 €, soit une dépense totale de 12 973 € (4 122 € + 8 851 €). Il est toutefois à noter que cela ne touche que 17 % des bénéficiaires. Par ailleurs, la prise en charge à domicile d'une personne lourdement handicapée peut nécessiter des moyens d'accompagnement importants avec, dans les cas les plus lourds, une dépense mensuelle de prestation de PCH de 18 900 €². Le montant moyen de la PCH est, dans le Haut-Rhin, de l'ordre de 691 € par mois, soit une dépense légèrement inférieure à la moyenne nationale qui est de l'ordre de 775 € par mois, en 2011, pour un adulte. La création de cette prestation a permis à des personnes lourdement handicapées de rester vivre chez elles, alors qu'auparavant elles auraient été prises en charge dans un établissement. La PCH est toutefois financée par le Département avec l'aide de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) alors qu'une MAS, qui accueille des personnes lourdement handicapée, relève en totalité des crédits de l'assurance maladie.

Le choix de cette stratégie n'appelle pas d'observations. En revanche, la chambre, dans son rapport d'observations provisoires, a recommandé que les conséquences de celle-ci, notamment en matière financière, soient portées à la connaissance des élus départementaux et plus largement à celle du public afin que celui-ci soit mieux informé de la compétence sociale du Conseil général et de son action en direction des publics les plus fragiles. Il s'agit d'un exercice complexe, difficile à réaliser mais qui aurait aussi l'avantage de mettre en exergue l'impact financier de son action. Le Conseil général, dans sa réponse, a estimé cette recommandation pertinente dans la mesure où elle apportera, en effet, un éclairage intéressant sur les incidences financières des choix opérés par les collectivités publiques lesquels sont l'expression d'une réponse à un besoin de la population, en l'occurrence celui de vouloir vivre à domicile le plus longtemps possible.

² Cette somme concerne une personne lourdement handicapée et isolée faisant uniquement appelle à des prestataires 24 H/24 et sept jours sur sept. Trois personnes seulement seraient dans cette situation.

3.2 Le lien entre les objectifs affichés et les décisions prises ou à venir

Il existe, selon le Conseil général, une réelle difficulté pour mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande. Les schémas en direction des personnes âgées et des personnes handicapées ont prévu la création d'un outil de gestion des listes d'attente. Un progiciel, déjà développé par l'ARS Rhône-Alpes, est expérimenté depuis juin 2013 par 13 établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées du sud du département. Les premiers résultats seront connus à l'autonomie prochain.

Le Conseil général dispose toutefois d'indications sur, d'une part, son taux d'équipement comparé à celui du département voisin et des autres départements métropolitains mais aussi et surtout, d'autre part, de l'évolution de celui-ci au regard des objectifs affichés dans les outils de programmation. Ces informations permettent de comparer les évolutions entre le présent et le précédent schéma.

Ainsi, dans le secteur des personnes âgées, le taux moyen d'équipement a régressé entre 2004 et 2011, malgré la création de 740 places, du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans. Toutefois, l'écart entre le bassin de vie le mieux doté et celui qui l'est le moins, se réduit conformément aux orientations du schéma.

Le taux d'équipement dans le secteur du handicap est orienté à la hausse depuis 2007, mais varie d'un établissement à l'autre. Il progresse peu pour les MAS et plus fortement pour les ESAT qui sont deux établissements relevant de la compétence de l'ARS. L'effort concerne essentiellement les accueils de jour (+ 77 places), les accueils familiaux (+ 31 places, soit un doublement de capacité) et les foyers d'accueil spécialisé pour personnes handicapées vieillissantes (FAS-PHV) (+ 60 places). En revanche, le Conseil général n'a pas souhaité, alors que leur développement était prévu, créer de nouveaux FAM mais plutôt transformer des FAS en FAM ce qui semble présenter le double avantage d'être neutre financièrement pour le Département et de répondre mieux aux besoins des publics accueillis. Le schéma n'ayant, en conséquence, probablement pas pleinement anticipé cette évolution.

Par ailleurs, la maison départementale pour personnes handicapées (MDPH) dispose d'informations sur le public handicapé par le biais du dispositif appelé « amendement Creton » qui permet à des jeunes adultes de continuer d'être accueillis dans des établissements pour enfants faute de place dans des centres pour adultes. Il en ressort que le nombre de jeunes en attente d'une place dans un établissement pour adultes relevant de la compétence du Conseil général est en recul continu depuis 2007 et devient désormais résiduel (quatre jeunes en attente d'une place dans un FAS en 2011 contre 20 en 2007, et environ trois jeunes en attente pour une place en FAM, ceux orientés vers un accueil de jour ont tous trouvé une place en 2011).

Il ressort également des données fournies par le Conseil général que le nombre de personnes âgées ou de personnes handicapées accueilli dans les pays voisins est faible malgré la proximité et l'attractivité de ces pays. On peut en conclure qu'une réponse satisfaisante est trouvée sur place.

La chambre observe que le Conseil général met globalement en œuvre les orientations prévues dans ses schémas donnant ainsi un sens opérationnel à ses outils de programmation. Elle a toutefois recommandé, dans le rapport d'observations provisoires, d'informer, en plus de la commission de la solidarité et des acteurs des schémas, l'assemblée départementale du suivi des orientations, par le biais, par exemple d'un bilan intermédiaire. Cette information serait d'autant plus utile que la réalisation du schéma dépend aussi des moyens de l'assurance maladie pour partie, et donc dépasse la seule volonté du Conseil général. Des crédits ainsi programmés peuvent ne pas être utilisés ou des attentions affichées non mises en œuvre. Le Conseil général, dans sa

réponse, indique qu'il mettra en œuvre la recommandation et l'inscrira dans le processus de suivi des schémas.

4. LES ENJEUX FINANCIERS

L'analyse de la situation financière du Département conduite par la chambre, en janvier 2013, a mis en exergue les tensions qui existent sur le budget départemental, liées notamment au poids et à la progression des dépenses sociales. La chambre observait une forte augmentation de ces dépenses (la plus rapide après celle de la Manche) même si, en 2010, elles restent proches par habitant (477 €/habitant) de celles des autres départements (471 €/habitant). Les dépenses sociales constituent ainsi le premier poste de charges. Elles représentent, en 2011, 64,7 % de l'ensemble des dépenses réelles de fonctionnement soit, en intégrant les charges de personnel du secteur, 357,7 M€.

Pour autant, ces sommes pourtant considérables (30 milliards d'euros de dépenses effectuées par les administrations centrales, ARS et conseils généraux, au niveau national) se heurtent aux demandes des professionnels et des bénéficiaires qui voudraient les voir augmenter ou s'organiser autrement. Ce débat fait aussi écho aux réflexions en cours sur le financement de la dépendance.

4.1 Les dépenses et les recettes qui entrent dans le champ de la compétence sociale

4.1.1 Les dépenses et les recettes sociales

Les dépenses sociales du Département dépassent le périmètre des dépenses liées à la tarification, qui elles n'intègrent pas les prestations individuelles comme la PCH ou l'APA versée à domicile, qui sont une part importante de la charge sociale. Le tableau, ci-après, recense l'ensemble des dépenses qui entrent dans le champ social.

Tableau 2 : Evolution des dépenses sociales de fonctionnement (hors frais de personnel)

En milliers d'euros	Santé	PMI	Protection de l'enfance	Insertion	Personnes âgées	Personnes handicapées	Fonds commun	Plan de revitalisation économique	Total
Année 2008									
BP	1 854	1 690	69 472	60 570	68 565	65 902	0	770	268 823
CA	1 716	1 311	68 705	64 697	63 087	56 000	0	831	256 347
Année 2009									
BP	1 903	1 690	70 861	64 175	72 058	65 865	0	76	276 628
CA	1 827	1 287	70 955	75 605	71 340	73 098	0	22	294 134
Année 2010									
BP	2 196	1 363	74 283	79 048	73 917	74 985	0	0	305 792
CA	1 996	1 082	79 935	85 543	70 686	81 812	0	49	321 103
Année 2011									
BP	1 990	1 261	80 807	80 736	72 026	80 674	0	0	317 494
CA	1 834	1 018	80 400	82 701	70 141	84 896	0	0	320 990
Année 2012									
BP	1 796	1 263	83 078	81 667	73 787	87 297	412	0	329 300
CA	1 731	1 102	81 067	84 089	71 944	90 376	214	0	330 523

Source : Budgets primitifs et comptes administratifs

On observe des écarts parfois importants entre les prévisions³ et les réalisations, singulièrement au niveau des politiques d'insertion et du handicap. La cause en est, pour ce dernier point qui nous intéresse plus spécialement, une évaluation trop faible des crédits d'aide sociale et la difficulté de mesurer l'évolution de l'augmentation du nombre des bénéficiaires de la PCH dans la mesure où, d'une part, le dispositif est en période de montée en charge et, d'autre part, le public potentiellement intéressé n'est pas connu.

Les recettes proviennent essentiellement de transferts en provenance de l'Etat ou de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA).

Tableau 3 : Evolution des recettes sociales de fonctionnement

En milliers d'euros	Santé-PMI	Protection de l'enfance	Insertion	Personnes âgées	Personnes handicapées	Total
Année 2008						
BP	410	465	30 155	23 761	12 732	67 523
CA	448	513	38 839	25 773	14 519	80 092
Année 2009						
BP	400	465	35 835	28 111	11 660	76 471
CA	184	285	45 441	25 838	15 418	87 166
Année 2010						
BP	430	465	45 758	24 686	14 948	86 287
CA	279	721	51 929	26 751	16 958	96 638
Année 2011						
BP	500	727	48 208	25 587	16 640	91 662
CA	308	644	50 285	26 917	17 688	95 842
Année 2012						
BP	300	912	56 520	26 388	18 470	102 590
CA	247	830	56 343	27 030	19 622	104 072

Source : budgets primitifs et comptes administratifs

On observe un écart qui se creuse entre les recettes et les dépenses sociales comme le montre le tableau ci-dessous, le taux de couverture des dépenses par les recettes demeurant à peu près constant au cours de la période.

Tableau 4 : Ecart entre les dépenses et les recettes sociales

En milliers d'euros	2008	2009	2010	2011	2012
Dépenses	256 347	294 134	321 103	320 990	330 523
Recettes	80 092	87 166	96 638	95 842	104 072
Ecart entre dépenses et recettes	176 255	206 968	224 465	225 148	226 451
Taux de couverture des dépenses par les recettes	31 %	30 %	30 %	30 %	31 %

Source : comptes administratifs

4.1.2 Les dépenses et les recettes dans le champ des personnes âgées et des personnes handicapées

Le tableau, ci-après, retrace plus particulièrement l'évolution des dépenses dans le champ des personnes âgées et des personnes handicapées.

³ Les chiffres retenus sont ceux des budgets primitifs hors budgets supplémentaires et décisions modificatives.

Tableau 5 : Evolution des dépenses en direction des personnes âgées (PA)
et des personnes handicapées (PH)

En milliers d'euros	2008	2009	2010	2011	2012	Ecart 08/12
Aide à domicile des PA	19 762	24 808	26 504	25 554	26 329	33 %
Prise en charge en établissements des PA	43 325	46 531	44 182	44 586	45 614	5 %
Total PA	63 087	71 339	70 686	70 140	71 943	14 %
Aide à domicile des PH	18 958	23 373	27 275	29 106	31 277	65 %
Prise en charge en établissements des PH	37 042	49 725	54 537	55 790	59 099	60 %
Total PH	56 000	73 098	81 812	84 896	90 376	61 %
Total PA/PH	119 087	144 437	152 498	155 036	162 319	36 %

Source : comptes administratifs

Les dépenses en direction des personnes âgées et des personnes handicapées sont très élevées en volume et progressent d'une manière très importante. Elles représentaient, en 2008, 46,5 % de la dépense sociale, pour atteindre 49 % en 2012. Les dépenses en direction des personnes handicapées sont particulièrement dynamiques du fait de la montée en charge de la PCH et de l'ouverture d'établissements et de services.

Tableau 6 : Les recettes de fonctionnement dans le secteur des personnes âgées et
des personnes handicapées

En milliers d'euros	2008	2009	2010	2011	2012	Ecart 08/12
Reversement rentes et obligés alimentaires	11 992	11 978	11 202	10 670	10 452	-13 %
Récupération sur successions	829	1 024	931	787	788	-5 %
Compensation APA via CNSA	12 787	12 656	14 366	15 258	15 668	23 %
Autres recettes APA	165	179	249	193	119	-28 %
Autres recettes	0	0	3	8	3	0 %
Total PA	25 773	25 837	26 751	26 916	27 030	5 %
Reversement rentes et intérêts	6 714	7 427	9 266	10 425	11 366	69 %
Récupération sur successions	85	289	264	448	661	678 %
Compensation PCH via CNSA	6 983	6 823	5 970	5 637	6 462	-7 %
Dotations CNSA fonctionnement MDPH	506	370	976	682	673	33 %
Autres recettes	33	509	481	496	460	1 294 %
Total PH	14 321	15 418	16 957	17 688	19 622	37 %
Total PA/PH	40 094	41 255	43 708	44 604	46 652	16 %

Source : comptes administratifs

On constate un dynamisme plus important des dépenses que des recettes entraînant un écart significatif qui s'accroît (depuis 2008, le taux de couverture des dépenses par les recettes a décroché de cinq points passant de 34 % en 2008 à 29 %). Ce décalage pèse naturellement sur les marges de manœuvre du Département et oblige à une approche stricte de la tarification. Il renvoie également aux discussions engagées actuellement entre le gouvernement et l'assemblée des

départements de France sur le budget des départements qui se détériore sous l'effet essentiellement de la progression des dépenses sociales.

Tableau 7 : Ecart entre les recettes et les dépenses dans le secteur des personnes âgées (PA) et des personnes handicapées (PH)

En milliers d'euros	2008	2009	2010	2011	2012	Ecart 08/12
Dépenses PA/PH	119 087	144 343	152 498	155 036	162 319	36 %
Recettes PA/PH	40 094	41 255	43 708	44 604	46 652	16 %
Ecart Recettes/Dépenses	78 993	103 088	108 790	110 432	115 667	46 %
Taux de couverture des dépenses par les recettes	34 %	29 %	29 %	29 %	29 %	

Source : comptes administratifs

4.1.3 Les dépenses et les recettes qui entrent dans le champ de la tarification

Une partie seulement de la dépense sociale entre dans le champ de la tarification. Il s'agit, dans le secteur des personnes âgées, des structures d'hébergement habilitées à l'aide sociale pour ce qui concerne l'hébergement et la dépendance, des établissements commerciaux non habilités à l'aide sociale pour la dépendance uniquement, des établissements public de santé, des accueils de jour et des services autorisés d'aide à domicile. Il s'agit, dans le secteur des personnes handicapées, des foyers d'accueil, des services d'accueil de jour et des services d'accompagnement à la vie sociale.

L'assemblée départementale fixe annuellement l'objectif d'évolution des dépenses qui entrent dans le champ de la tarification, en application des articles L. 313-8 et 314-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF), sur la base de crédits limitatifs opposables aux établissements et services. Ces dépenses correspondent aux dépenses autorisées par le président de Conseil général dans les établissements et services qu'il tarifie, pour la part à la charge du Département. Le rapport soumis à l'organe délibérant reprend les taux de reconduction annoncés à titre indicatif aux établissements dans la circulaire de tarification en septembre et inclut les créations de places et autres mesures nouvelles pour l'année consolidée. Le tableau, ci-dessous, retrace l'écart entre la prévision et la réalisation. Il est à noter, que sur le champ des personnes handicapées, compte tenu du nombre important d'ouvertures de places et de services prévus dans le schéma, une prévision pluriannuelle a été faite. Un tel exercice aurait toutefois présenté également un réel intérêt dans le champ des personnes âgées même si les perspectives de développement sont moins fortes. On observe un écart réduit entre la prévision et la réalisation.

Tableau 8 : Ecart entre la prévision et la réalisation en matière de tarification

En milliers d'euros	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personnes âgées						
Enveloppe limitative prévue		25 010	25 680	26 998		
Dépense réalisée	23 628	24 280	25 165			
Personnes handicapées						
Enveloppe limitative prévue		47 730	49 110	52 710	57 410	57 710
Dépense réalisée	44 165	46 180	48 621	51 411*		

Source : Conseil général

* prévision

Le Conseil général est amené à percevoir, dans le champ des personnes âgées, les contributions, au titre de l'obligation alimentaire, des enfants pour leurs parents en établissement.

Depuis le 1^{er} janvier 1996, il n'est plus fait appel aux petits-enfants. La recette annuelle perçue à ce titre est en moyenne de l'ordre de 600 k€, soit une dépense moyenne annuelle par obligé alimentaire de l'ordre de 1 500 €. Le Conseil général a ainsi décidé de limiter l'appel à obligation alimentaire se privant ainsi d'une recette, qui reste toutefois très probablement assez marginale.

Les sommes qui entrent dans le champ de la tarification sont considérables pour le champ des personnes âgées et des personnes handicapées. Elles représentent près de 74 M€ en 2012. La chambre, de ce fait, a recommandé, dans son rapport d'observations provisoires, que l'assemblée départementale soit informée, à la fin de chaque campagne de tarification, des sommes engagées à ce titre dans un rapport spécifique. En effet, même si l'on n'observe pas d'écarts importants entre la prévision et la réalisation, il est de bonne gestion de rendre compte de la consommation des crédits alloués et par là même de consolider le processus de maîtrise des crédits utilisés dans ce cadre. Le Conseil général, dans sa réponse, estime qu'il est, en effet, tout-à-fait naturel de rendre compte à l'assemblée départementale, dans un rapport spécifique, des résultats de la campagne de tarification dans la mesure où elle fixe annuellement l'objectif d'évolution des dépenses qui entrent dans le champ de la tarification.

Il y a lieu de souligner l'importance de mettre en œuvre un dispositif qui permet de s'assurer de la gestion au plus juste de cette enveloppe compte-tenu de son importance. La fixation comme le respect des enveloppes limitatives suppose que le processus de tarification soit maîtrisé et ne se limite à prendre acte des demandes des établissements et des services. Il y a donc, sur ce point, un enjeu stratégique à ne pas négliger. Le Conseil général semble avoir pris la mesure de cet enjeu.

4.2 Les dépenses d'investissement

Le Conseil général, constat qu'il y a lieu de souligner, porte une attention particulière au coût et à la fonctionnalité des établissements qui accueillent des personnes âgées et des personnes handicapées. L'article R. 314-20 alinéa 1 du CASF prévoit d'ailleurs, sauf pour les EHPAD rattachés à un établissement de santé, l'autorisation préalable par l'autorité de tarification des programmes d'investissement et des emprunts supérieurs à un an. Deux chargés de mission qualité du service de la tarification, un médecin et des architectes de la direction de l'architecture veillent à la qualité des constructions. Ils s'appuient sur un ensemble de documents tels que la procédure départementale d'accompagnement des projets architecturaux des ESMS pour personnes handicapées, la procédure d'octroi d'une subvention d'investissement pour les ESMS pour personnes âgées et l'abécédaire pour la construction et la réhabilitation des EHPAD. Il est difficile de mesurer l'impact de cette intervention dans la mesure où il faudrait pouvoir comparer le coût moyen au M2 de construction d'un EHPAD. Toutefois, la maîtrise de ce coût est essentielle dans la mesure où il sera quasiment totalement répercuté sur l'autorité de tarification pour les personnes handicapées et sur le résident pour les personnes âgées (ou le Conseil général au titre de l'aide sociale). Le Conseil général, tout comme les résidents, a donc un intérêt financier à ce que le coût de construction et de fonctionnement d'un EHPAD soit optimisé. La chambre souligne, à cet égard, l'intérêt de cette initiative.

Par ailleurs, compte tenu notamment de l'état du parc mais aussi et surtout dans l'optique de limiter l'augmentation du prix de journée consécutif à des travaux, le Conseil général a décidé d'accorder des subventions d'investissement pour les constructions, les extensions ou les réhabilitations des EHPAD publics et associatifs, à l'exception des EHPAD commerciaux. Le Conseil général procède par autorisations de programme et par crédits de paiement. Les crédits de paiement se montent, en moyenne annuelle pendant la période sous revue, à environ 11 M€.

L'impact des subventions sur le prix de journée est d'environ 3,50 € par jour. L'intérêt d'une subvention est d'atténuer l'impact des dépenses d'investissement sur le prix de journée

supporté par l'utilisateur, qui progresse avec la mise en service d'un nouvel établissement de 15 €/jour en moyenne, dans un tel cas de figure. Il s'agit d'un point sensible dans la mesure où une personne âgée peut voir progresser d'une manière très importante le tarif journalier qu'elle supporte et ce alors même qu'elle ne bénéficie pas encore des locaux rénovés et n'en bénéficiera peut être jamais du fait de la durée de présence moyenne dans un établissement. Le lissage de l'augmentation dans le temps présente donc, pour l'utilisateur, une importance primordiale. Le Conseil général est d'ailleurs extrêmement vigilant sur la progression du tarif d'hébergement.

La chambre s'est interrogée sur le montant des dépenses engagées au regard de la réduction qui en découle (106,5 €/mois et 1 278 €/an pour une dépense moyenne mensuelle de l'ordre 1 900 € et annuelle de l'ordre de 23 000 € pour un établissement neuf). Cette réduction du prix, légèrement inférieure à 5,6 % en moyenne, est selon les services départementaux, importante dans la mesure où elle facilite l'accès de certaines personnes âgées à un EHPAD qui pourraient, en son absence, renoncer à le faire. En subventionnant les travaux d'investissement dans ce type d'établissement, le Conseil général fait un choix de nature sociale, qui lui permet d'atténuer le tarif d'hébergement supporté par le résident. On peut toutefois observer, qu'il touchera indifféremment les personnes âgées les plus aisées, hormis celles qui optent pour un établissement commercial non habilité à l'aide sociale, et celles qui le sont moins, hormis celles qui bénéficient de l'aide sociale. Il faut cependant rappeler que le niveau de retraite moyen est, au 31 décembre 2010, selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), légèrement supérieur à 1 200 €/mois⁴ et donc, bien en dessous, du tarif d'hébergement dans un EHPAD.

On observe, par ailleurs, une difficulté particulière pour les EHPAD rattachés à un établissement public de santé. Ils ne sont pas soumis, comme les EHPAD associatifs ou publics autonomes, en application de l'article R. 314-20 du CASF, à une autorisation préalable du Conseil général pour la réalisation d'un investissement et d'un emprunt supérieur à un an. La seule autorisation de l'ARS suffit en revanche pour engager les travaux mais son avis porte sur l'ensemble des investissements de l'établissement public de santé (EPS) et pas spécialement sur celui lié à l'EHPAD, alors qu'il impactera pourtant le prix de journée. D'autre part, la M 21, applicable en l'espèce, ne permet pas de procéder à des amortissements différés. Ce dispositif comptable prévu par la M 22 applicable aux autres ESMS permet une progressivité des dotations aux amortissements et par la même de limiter le surcoût, souvent conséquent, du prix de journée lié aux travaux.

En conclusion, la chambre constate que le Conseil général porte une attention à l'impact des dépenses d'investissement sur les dépenses de fonctionnement qu'il supporte sur son propre budget ou que la personne âgée prend en charge lorsqu'elle est accueillie dans un EHPAD (ou le Conseil général si celle-ci relève de l'aide sociale). Elle observe que ce choix impacte à hauteur de 5,6 % environ le prix de journée.

5. LE PILOTAGE

5.1 Présentation du service de tarification du Conseil général

La direction générale adjointe de la solidarité et des ressources compte une direction de l'autonomie forte de 140 agents. En son sein, le service de la tarification des établissements a en charge l'autorisation et la tarification de l'ensemble du secteur social et médico-social (soit environ 180 budgets), l'instruction des subventions d'investissement dans le champ des personnes

⁴ L'Alsace se situe, au 5^{ème} rang des régions pour le niveau des retraites selon une étude de la DREES de juillet 2003 « les disparités régionales en matière de retraite ».

âgées et le suivi des établissements. Il est composé de 16 agents (14,7 ETP) dont 10 cadres A. Il est à noter qu'un adjoint au chef de service, est en cours de recrutement.

Le service est peu informatisé. Il utilise un logiciel « maison » qui lui donne satisfaction. Il n'existe pas d'échanges de données informatisées avec les ESMS, ni avec l'ARS, ce qui serait pourtant de nature à générer des économies et des gains de temps.

La chambre souligne que le Conseil général a pris le soin de constituer une équipe de bon niveau et estime qu'il s'agit d'un choix judicieux compte-tenu des sommes en jeu et de la complexité des dossiers. Un développement du partage de données informatiques présenterait cependant un intérêt compte tenu des gains de gestion que cela représente. En effet, la transmission dématérialisée de tout ou partie des documents budgétaires qui doivent être transmis aux autorités de tarification en application de l'article R. 314-18 du CASF, permettrait de réduire la masse des documents papiers transmis. Le Conseil général a pris acte de cette observation et précise qu'il se rapprochera de l'ARS, qui dispose d'un outil national, afin de le partager avec elle dans la mesure du possible.

5.2 Les relations avec l'ARS et le Conseil général du Bas-Rhin

Le Conseil général dispose d'une interlocutrice privilégiée en la personne de la directrice générale adjointe de l'ARS en charge du secteur médico-social. Des réunions se tiennent une ou deux fois par an, notamment sur les questions de création de places et de services ou pour évoquer le devenir de certaines structures. Elles peuvent, en fonction de l'ordre du jour, associer le département du Bas-Rhin. Cette coopération a permis, par exemple, de développer des partenariats comme c'est le cas pour le dispositif des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) que le Conseil général et l'ARS pilotent conjointement.

Par ailleurs, les deux conseils généraux se rencontrent régulièrement pour comparer leurs politiques, échanger sur leurs bonnes pratiques, partager sur les facteurs d'évolution des dépenses ou se coordonner avant certaines réunions avec l'ARS. Plus spécialement, sur le volet tarification, des rencontres sont programmées sur la stratégie ou la pratique en la matière. Elles ont notamment permis des formations communes (par exemple avec la DRFIP sur les règles comptables d'affectation des résultats en M 22) ou de développer des pratiques communes.

5.3 Les relations avec les établissements sociaux et médico-sociaux

Le Conseil général a mis en place, depuis fin 2011, un groupe de travail regroupant une quinzaine de directeurs afin de traiter ensemble des problématiques qui se posent sur le champ des personnes âgées. Début 2013, un groupe de travail a été créé avec des directeurs de structures d'accueil et de prise en charge des personnes handicapées.

Par ailleurs, pour la première fois en 2012, l'ensemble des directeurs d'ESMS a été réuni pour leur présenter le contexte budgétaire du département, les orientations de la campagne de tarification 2013 et les premiers résultats du référentiel départemental de gestion des coûts qui sera abordé au point 7.3 ci-après. Cette stratégie mérite d'être soulignée. Il apparaît en effet important d'informer les directeurs d'établissements et de services du contexte budgétaire dans lequel évolue le département et de ses choix, singulièrement en matière de tarification. Cette information est d'autant plus utile que les directeurs sont, eux-mêmes soumis à des choix dans leur budget et ont un contact privilégié avec les usagers et leur famille. Il est à noter que l'ARS est invitée à assister à ces réunions, ce qui souligne la bonne qualité de la collaboration actuelle et présente aussi l'avantage d'un partage sur la tarification.

5.4 Le contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux

L'article L. 313-2 du CASF précise l'étendue du pouvoir de contrôle exercé par les autorités de tarification. L'Etat dispose d'un pouvoir général de contrôle de l'ensemble des ESMS en vue notamment de s'assurer de la sécurité des personnes accueillies. L'article L. 133-2 du CASF décrit plus précisément la compétence du Conseil général en la matière qui concerne essentiellement le respect des règles applicables en matière d'aide sociale ainsi que le contrôle des institutions, hormis le soin.

Le Conseil général et l'ARS exercent un contrôle conjoint, dans le respect de leurs compétences respectives, lorsque l'autorisation est commune. Le Conseil général s'est également associé au programme de prévention de la maltraitance piloté par l'ARS qui vise à renforcer les contrôles des établissements à risque par la mise en œuvre de programmes régionaux d'inspection.

Un protocole de contrôle, actuellement en cours de signature, a été élaboré conjointement avec l'ARS et le Département du Bas-Rhin. Il prévoit notamment un suivi des préconisations gradué en fonction de l'importance des problèmes relevés et la création d'une fiche de suivi des inspections effectuées.

En 2011 et 2012, 10 contrôles dont huit inopinés ont été réalisés en lien avec l'ARS. Ce nombre paraît faible au regard du nombre d'établissements même si les contrôles sont ciblés notamment en fonction des plaintes que les autorités de tarification peuvent recevoir. Ainsi, et par exemple, on peut considérer qu'un EHPAD sera contrôlé environ une fois tous les 10 ans. Le Conseil général, dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, prend acte de ce constat et envisage d'intensifier les contrôles des ESMS qu'il tarifie en formant des agents à cette nouvelle tâche afin de ne pas augmenter les effectifs.

6. LE DEROULEMENT DE LA CAMPAGNE BUDGETAIRE

Le président du Conseil général adresse en septembre de l'année n-1 une circulaire de tarification à l'ensemble des établissements et services. Elle fixe le taux de reconduction des dépenses (inchangés sur la période 2011-2013 : + 0,8 % sur les dépenses de personnel, + 1,5 % sur les autres dépenses hormis les dotations aux amortissements et les charges financières d'emprunt). En 2012, pour la première fois, la circulaire a été préalablement présentée aux directeurs d'établissements en même temps qu'une présentation du budget départemental et des contraintes qui pèsent sur lui. Il est à noter que le taux est indicatif et qu'il peut varier d'un établissement à l'autre en fonction de sa situation. Toutefois, l'évolution de la masse budgétaire globale ne doit pas dépasser le taux de reconduction. Pendant la période sous revue, ce principe a été respecté.

Une fiche de tarification est établie pour chaque établissement qui reprend notamment, sur la base des budgets existants, les demandes de l'établissement et ce que l'agent en charge de la tarification compte prendre en charge. La chambre a constaté que le service de tarification influe réellement sur le prix de journée et le corrige d'une manière parfois importante, même si la règle du jeu est probablement de demander plus sachant que la demande sera revue à la baisse. Chaque agent se voit fixer des délais qui sont repris dans les fiches d'évaluation.

Les propositions budgétaires doivent être transmises par les établissements pour le 31 octobre de l'année n et les comptes administratifs au 30 avril de l'année n + 1. L'instruction a permis de démontrer que les ESMS se plient très majoritairement à cette contrainte. Les arrêtés tarifaires sont, pour l'essentiel, terminés fin février au plus tard pour le secteur des personnes âgées et ils le sont pour fin juin au plus tard pour le secteur des personnes handicapées. Il est en effet important que les arrêtés de tarification soient pris rapidement dans le champ des personnes

âgées dans la mesure où le prix de journée, qui couvre l'année civile, sera augmenté pour couvrir les premiers mois de l'année soumis à l'ancien tarif. Ainsi, le montant apparaît supérieur à celui qu'il serait s'il était calculé sur 12 mois même si cela n'a pas d'impact sur le montant total acquitté. Une publication trop tardive des arrêtés donne une lecture inexacte du tarif et complique l'explication en direction de la personne âgée et de sa famille.

Il est enfin à noter l'absence de recours devant le tribunal de la tarification pendant la période sous revue. Il semblerait toutefois qu'il ne s'agisse pas d'une situation exceptionnelle et que les recours restent l'exception.

7. LES OUTILS DE LA TARIFICATION

L'ensemble des ESMS doit être autorisé par les autorités de tarification. Aucun ESMS ne peut ouvrir ou s'agrandir sans autorisation préalable. En revanche, tous ne sont pas habilités. L'habilitation a pour conséquence d'encadrer le prix de journée. Un établissement qui n'est pas habilité reste libre de fixer son prix de journée ou garde cette liberté pour la partie non habilitée, s'il ne l'est que partiellement.

Le Conseil général habilite à l'aide sociale la totalité des places dans les EHPAD publics et associatifs et n'habilite pas ou que très partiellement les EHPAD commerciaux. Le Département du Haut-Rhin est ainsi essentiellement dans un système de tarification encadré qui traduit sa volonté de maîtriser le prix de journée et d'éviter qu'il n'atteigne des niveaux trop élevés étant entendu que le système trouve ses limites dans le processus de calcul du tarif d'hébergement.

La chambre a vérifié si le tarif fixé par l'autorité de tarification pour les établissements habilités correspond bien au coût réel du service ou si celui-ci est sous-évalué générant par la même des déficits, que l'autorité de tarification devra reprendre à l'année $n + 2$. Le risque étant, au-delà du fait de dévoyer le principe même de la tarification, de pouvoir conduire au recours d'un établissement non habilité au motif de concurrence déloyale. L'instruction a permis de démontrer que le tarif fixé par l'autorité de tarification correspondait au coût réel dans la mesure où l'on ne constate que marginalement des reprises de déficits à l'année $n + 2$.

7.1 Les conventions tripartites

Selon l'article L. 313-12 du CASF, les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes sont tenus de signer, au plus tard le 31 décembre 2007, une convention pluriannuelle avec le président du Conseil général et le Préfet. Cette convention, d'une durée de cinq ans, dénommée « convention tripartite » doit respecter un cahier des charges établi dans un arrêté ministériel en date du 26 avril 1999. Toutefois, une adaptation locale est possible⁵.

Le caractère tripartite de la convention permet de préciser la répartition des moyens et des charges entre les trois sections tarifaires (soins, dépendance et hébergement) et la répartition entre les financeurs (le Conseil général pour la dépendance et l'hébergement au titre de l'aide sociale, et l'ARS pour le soin). La convention comporte un volet financier, qui fixe, par groupe fonctionnel et par section tarifaire, les modalités de fixation annuelle de la convention. Elle suppose donc, dès lors qu'il y a un cofinancement (par exemple, sur les postes d'aides-soignants supportés à 70 % par l'ARS et 30 % par le Conseil général) une articulation entre financeurs et la disponibilité conjointe de moyens.

⁵ L'ARS du Nord-Pas-de-Calais a établi un modèle type de convention pluriannuelle. Le modèle type est consultable sur : <http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/Convention-tripartite-EHPAD.144607.0.html>

Il s'avère, en pratique, très difficile de faire le lien entre les objectifs fixés dans les conventions et les choix retenus par l'autorité de tarification annuellement. Par exemple, la convention tripartite signée avec le centre hospitalier de Mulhouse, prévoit un nombre d'agents de services à atteindre que l'on ne retrouve pas dans le tableau des effectifs joints dans les documents de tarification. Il semblerait que l'écart provient d'une externalisation de cette fonction mais il reste très compliqué de relier l'un et l'autre. Plus globalement, il apparaît une sorte de démesure entre le contenu, souvent exhaustif, de la convention et les éléments utilisés lors de la tarification annuelle. La chambre suggère au Conseil général, qui partage cet avis, d'interroger la forme et le contenu des nouvelles conventions tripartites afin notamment d'améliorer le lien entre elles et la tarification annuelle et, plus globalement, de simplifier le dispositif. Le Conseil général souhaite, pour y parvenir, se rapprocher de l'ARS. Il existe enfin 73 conventions dans le département dont neuf sont arrivées à échéance et ne sont pas renouvelées faute de crédit de médicalisation disponibles de l'Assurance maladie.

7.2 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

En application de l'article L. 313-11 du CASF, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) peuvent être conclus entre les personnes morales gestionnaires d'établissements et de services et la ou les autorités chargées de l'autorisation afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent. Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans. L'article L. 313-12 du même code rend obligatoire les CPOM pour les établissements et services-médico-sociaux dont le seuil est défini par décret. Aucun n'est concerné en l'espèce. La signature d'un tel contrat nécessite au préalable une connaissance partagée de la structuration des coûts entre les acteurs afin de partir sur une base la plus juste possible. En outre, il présente d'autant plus d'intérêt, singulièrement pour l'établissement et le service concerné, qu'il est signé par la totalité des autorités qui le tarifient.

Il n'existe que deux contrats d'objectifs et de moyens signés uniquement par le Conseil général. L'un signé avec l'association les Papillons Blancs pour la période 2009-2013 et qu'il n'est pas prévu de reconduire, l'autre signé avec l'association Adèle de Glaubitz pour la période 2008-2012, qui a été résiliée le 31 décembre 2012.

Pour le Conseil général, les CPOM sont des instruments périlleux du fait du manque de vision prospective lié à un environnement juridique mouvant et ne font sens que lorsqu'il s'agit d'accompagner un établissement dans un processus de transformation de son offre ou pour lui permettre d'atteindre un objectif de réduction du prix à la place.

La chambre prend acte de ces arguments tout en soulignant qu'un CPOM peut contenir des dispositions permettant aux parties signataires de se rapprocher, si les conditions initiales du contrat ont été modifiées au-delà d'un seuil à définir, ce qui limite les risques liés au manque de visibilité sur la durée et qu'en tout état de cause, il libère du temps pour les agents du service de tarification. Il pourrait enfin être un instrument particulièrement intéressant pour la mise en œuvre du référentiel des coûts, évoqué ci-après, dans la mesure où il permet d'atteindre sur la durée un objectif d'adaptation de ceux-ci. Le Conseil général précise, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, que les CPOM permettent effectivement de dégager des moyens humains pour les affecter à d'autres missions telles que le contrôle approfondi des comptes administratifs et d'apporter de la souplesse aux gestionnaires à travers la fongibilité des différents budgets au sein de la même structure. Ils permettent également de stabiliser les masses financières et d'offrir, en effet, un cadre pour la mise en œuvre progressive de la convergence des coûts. Pour autant, il estime qu'il faut au préalable arriver notamment à un parfait consensus sur les structures

de coûts des établissements concernés. Il précise, enfin, que le passage prévu en 2014, en dotation globalisée du prix de journée net pour les foyers pour personnes handicapées, actuellement en prix de journée, est une première réponse en matière de stabilisation du budget départemental.

7.3 La mise en place d'un référentiel des coûts

Un référentiel des coûts a été mis en place en 2011 dans l'optique de disposer, d'une part, de coûts objectifs, homogènes et comparables entre établissements et services et, d'autre part, d'établir un coût moyen départemental par catégories d'établissements ou de services⁶. Le référentiel concerne le tarif d'hébergement qui intéresse à la fois le champ des personnes âgées et des personnes handicapées et celui de la dépendance qui lui, ne touche que le champ de personnes âgées.

7.3.1 La définition d'un coût à la place en matière d'hébergement

Le Conseil général a opté pour un référentiel qui prend en compte le coût à la place alors que le tarif d'hébergement est calculé en prix de journées ce qui complique, à priori, la lecture de cet indicateur. Le Conseil général fait observer, pour justifier ce choix, que le prix de journée prend en compte le taux d'occupation de l'établissement et que, de ce fait, il fausse les comparaisons entre établissements dans la mesure où il varie de l'un à l'autre. La chambre partage cette approche et considère que le coût à la place est plus pertinent dans la mesure où il repose sur des critères identiques pour chaque établissement indépendamment de facteurs conjoncturels.

Une distinction est toutefois opérée par catégories d'établissements ce qui offre l'avantage d'affiner les comparaisons, mais présente le risque de fausser les moyennes si un établissement est atypique ou si la catégorie comprend un nombre réduit d'établissements. En l'espèce, ces deux écueils n'ont pas été rencontrés, selon le Conseil général, ce qui limite les contestations sur le montant du coût moyen (coût de chaque établissement ou services divisé par le nombre d'établissements et services de même catégorie) dont la fixation a des effets sur les moyens alloués aux ESMS dans la mesure où il sert de référence vers laquelle il faut tendre.

Pour le secteur des personnes âgées (EHPAD) il se décompose en trois composantes. Le coût immobilier (loyers, dotations aux amortissements, intérêts d'emprunt, maintenance, assurance...), le coût de direction et d'administration (salaires et charges) et le coût de fonctionnement courant (toutes les autres charges). Pour le secteur des personnes handicapées, s'ajoute un quatrième critère qui est celui du coût éducatif (salaires et charges du chef de service éducatif, éducateurs et surveillants de nuit). Pour l'ensemble, sont détaillés des indicateurs de gestion (coût de restauration à la journée, coût du blanchissage, taux d'absentéisme) qui sont intégrés dans le coût à la place mais qui font l'objet d'un focus particulier. La comparaison entre établissements est rendue possible sur la base d'un coût à la place, hors immobilier, calculé sur la base d'une occupation moyenne de 98 %. Le tableau ci-dessous synthétise le coût moyen à la place dans le champ PA/PH.

⁶ Il existe effectivement des catégories d'établissements qu'il faut distinguer pour les comparer. Par exemple dans le champ des personnes âgées, les EHPAD publics, associatifs ou commerciaux ou, dans le champ des personnes handicapées, les FAM, les FAS...

Tableau 9 : Coût à la place secteur des personnes âgées (CA 2010)

	Coût à la place	Coût à la place immobilier	Coût à la place hors immobilier
EHPAD public autonome	17 272 €	3 394 €	13 878 €
EHPAD public rattaché à un EPS	17 551 €	2 507 €	15 045 €
EHPAD associatif	19 318 €	3 642 €	15 676 €

Source : Conseil général

Il existe, d'une part, une grande amplitude entre les coûts à la place au sein de chacune des trois catégories d'établissements avec une fourchette allant, en 2010, de 13 000 € à 15 200 € pour les EHPAD public autonomes, de 12 200 € à 18 000 € pour les EHPAD publics rattachés à un établissement public de santé et de 14 000 € à 19 800 € pour les établissements associatifs, hors immobilier. L'écart est aussi très important au niveau des indicateurs de gestion. Les coûts de restauration oscillent entre 7,73 € et 19,39 € par repas. Les coûts journaliers de blanchisserie de 1,14 € à 5,54 €.

Ces écarts ne semblent pas ou peu provenir, au regard des éléments disponibles, d'un niveau de service très différent, mais sont essentiellement le résultat de l'histoire et de la qualité de la gestion. Un tel constat justifie pleinement la mise en œuvre d'un tel référentiel et laisse entrevoir des marges de progression en matière de gestion.

La chambre a pris note également du développement de regroupements et de mutualisations, d'établissements ou de services que le Conseil général encourage et qui prennent ici tout leur sens. Le mouvement est amorcé aussi bien dans le secteur des personnes âgées que dans celui des personnes handicapées. On peut citer, à titre d'exemple, la mise en place d'une convention de direction commune entre les établissements de Bitschwiller, Thann, Cernay et le centre hospitalier de Mulhouse. Une direction commune a également été créée entre les EHPAD de Riedisheim et du Beau Regard de Mulhouse. Un groupement d'intérêt public a également vu le jour en 2013, il propose à ses membres un soutien en matière de comptabilité, de contrôle de gestion, de ressources humaines et d'informatique. On observe également et enfin, le rapprochement de deux grandes associations gestionnaires qui interviennent auprès de personnes handicapées, l'ADAPEI et les Papillons Blancs qui ont décidé de se doter d'un directeur général commun.

Le référentiel, qui est d'une création récente et pour lequel le recul manque pour l'analyse, offre l'avantage de permettre aux établissements de se comparer entre eux et d'inciter ainsi au développement de bonnes pratiques. Il permet surtout à l'autorité de tarification de disposer d'éléments objectifs dans le cadre de la procédure contradictoire et de repérer des éventuelles marges de manœuvre comme, par exemple, un coût de restauration ou de blanchisserie anormalement élevé et pour lesquels l'établissement pourrait œuvrer pour le réduire. Ainsi, une mesure nouvelle demandée peut être refusée au motif que l'établissement, en améliorant sa gestion, peut en disposer sans pour autant, augmenter les tarifs. De la même manière, un établissement mieux doté qu'un autre en personnel pourra se voir refuser des moyens nouveaux. Il suppose, comme c'est le cas en l'espèce, une articulation avec l'ARS pour l'attribution de moyens cofinancés comme, par exemple, les postes d'aides-soignants ce qui n'est pas aisé dans la mesure où le calendrier de tarification est différent. En règle générale, les deux parties s'accordent sur une position commune avant d'engager les négociations tarifaires.

Tableau 10 : Coût à la place secteur des personnes handicapées (CA 2010)

	Coût à la place	Coût à la place immobilier	Coût à la place hors immobilier
FAS	42 649 €	4 778 €	37 871 €
FAM	39 726 €	5 789 €	33 937 €
SAJ	19 223 €	3 174 €	16 049 €

Source : Conseil général

On observe le même écart sur le champ du handicap puisqu'au sein de chaque type d'accueil, la fourchette varie, en 2010 entre 30 000 € et 45 000 € pour les FAS, 26 000 € et 42 000 € pour les FAM et 13 000 € et 21 000 € pour les services d'accueil de jour (SAJ). Toutefois, selon les indications fournies par le Conseil général, il semble parfois assez difficile de distinguer les publics accueillis dans chaque structure dans la mesure où il n'existe pas d'instruments de mesure comparée du handicap, contrairement à ce qui existe dans le domaine de la dépendance liée à l'âge. Il estime, à juste titre, qu'il faudrait progresser sur ce point, mais que la réponse à ce problème dépasse, en grande partie, le niveau local et présente, à l'évidence, une réelle difficulté. Il relativise la possibilité de s'assurer que les moyens alloués correspondent bien au niveau de prestations attendues et au public visé. Ceci étant, on constate, comme dans le domaine des personnes âgées, des écarts importants entre établissements sur les coûts de gestion. Ainsi et par exemple, le coût d'un repas varie entre 6,39 € et 15,73 € ce qui, là aussi, laisse augurer des marges de progression non négligeables.

En résumé, le référentiel offre, sous l'angle de l'hébergement, des indications intéressantes sur les écarts entre établissements et met l'accent sur des différences de coûts entre établissements qu'il paraît difficile de justifier pour un même service rendu. Il offre ainsi un moyen de pilotage tout à fait intéressant que la chambre tient à souligner.

7.3.2 La prise en compte de la dépendance des personnes âgées

Le niveau de dépendance moyen des personnes âgées accueillies dans un établissement est calculé au moment de la signature de la convention tripartite sur la base de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologique, Groupe Iso-Ressources) qui classe les personnes concernées en six groupes iso-ressources en fonction de leur niveau de dépendance. Chaque groupe iso-ressources bénéficie d'un nombre de points allant décroissant en fonction du niveau de dépendance. L'établissement s'engage à accueillir, pendant la durée de la convention tripartite, un public correspondant à son niveau de GMP (GIR Moyen Pondéré) qui est le reflet du niveau de dépendance moyen des résidents d'un EHPAD.

Le référentiel du Conseil général calcule le niveau de dépendance par rapport au point GIR qui permet de comparer les établissements entre eux, quel que soit leur GMP. Il prend également en compte le ratio d'ETP « aide-soignant » pour 1 000 points GIR afin de mesurer l'encadrement en aide soignants sur une base comparable. Il présente également des indicateurs complémentaires, inclus dans le calcul du point GIR, comme le taux d'absentéisme, le coût de restauration et le coût de blanchissage afin notamment de permettre aux établissements de se situer les uns par rapport aux autres. On observe, ici aussi, des écarts importants au niveau de ces indicateurs, par exemple, le taux d'absentéisme qui varie de 0,66 % à 14,71 %. Ces éléments reflètent les marges d'amélioration de la gestion qui existent au sein des établissements.

Tableau 11 : Coût du point GIR

En euros	Valeur nette du point GIR « dépendance »	Nbre d'ETP AS/AMP pour 1000 pts GIR ⁷	Valeur nette du pt GIR « couches-alèses » ⁸
Non commercial	6,62	0,35	0,37
Commercial	5,75	0,33	0,36

Source : Conseil général

Le référentiel permet ainsi à l'autorité de tarification d'avoir des éléments d'analyse pour l'octroi de mesures nouvelles ou même de revoir un budget. En tout état de cause, il permet d'argumenter en cas de refus de prise en compte de dépenses jugées excessives lors de l'étude des comptes administratifs (la notion de dépenses excessives correspond à des dépenses qui dépassent celles autorisées et permet ainsi de ne pas reprendre les déficits). La valeur nette du point GIR varie, en 2010, pour les établissements non commerciaux (publics et associatifs) de 4,3 € à 8,8 € et entre 4,9 € à 6,3 € pour les établissements commerciaux.

Il est à noter que les sections tarifaires sont étanches et que l'une ne peut pas venir financer le déficit de l'autre, hormis pour les FAM dont le forfait soin est une recette fixe qui vient en atténuation de la dépense globale. En cas de déficit, des discussions sont engagées avec l'ARS pour un déplafonnement du forfait soins. A ce jour, cinq FAM sont déplafonnés du fait de la lourdeur du handicap de la personne accueillie et du besoin de soins qui en découle. Un tel constat pose la question de la frontière entre une MAS, qui a vocation à accueillir les personnes plus lourdement handicapées, et une FAM qui reçoit un public qui, tout en nécessitant des soins, l'est moins fortement.

7.3.3 L'intérêt de la mise en place d'un tel instrument de pilotage

En conclusion, le référentiel est un instrument de pilotage intéressant qui permet d'allouer des moyens en fonction des besoins. Les écarts constatés entre établissements et à l'intérieur d'une même catégorie d'établissements, sans que l'on distingue un niveau de service très différent selon les indications fournies par le Conseil général, justifient encore plus son intérêt. Il permet de constater, a posteriori, que l'affectation des dotations correspondait jusqu'ici davantage à une réalité historique qu'à une analyse fine des besoins de la structure.

Le référentiel est un instrument en devenir que les directeurs d'établissements devront s'approprier et qui devrait permettre, à terme, de réduire les écarts de moyens entre établissements de même catégorie et devenir un outil utile pour les aider à améliorer leur gestion. Il est trop tôt pour constater si ces objectifs sont atteints mais tout porte à croire que l'instrument, associé à la volonté du Conseil général d'en faire un outil de pilotage, permettra d'y arriver. La chambre souligne l'intérêt d'une telle démarche et recommande de pousser la logique du système en allant progressivement vers une diminution de moyens à certains établissements ou services mieux-dotés au bénéfice de ceux qui le sont moins.

D'une manière générale, la chambre constate que le Conseil général du Haut-Rhin s'est donné les moyens de piloter le processus de tarification et que celui-ci devrait encore, grâce au référentiel, s'améliorer au fil du temps. Il reste cependant à noter qu'il faudrait probablement inciter à la formation des directeurs d'ESMS qui devront, pour certains, s'adapter à un interlocuteur et à un environnement plus exigeant. Il s'agit d'un chantier qui deviendra très vraisemblablement une priorité dans un avenir proche.

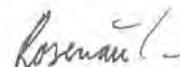
⁷ Entre dans le calcul de la dotation dépendance 30 % du montant du coût des aides-soignants et aides médico-psychologiques.

⁸ Entre également dans le calcul de la dotation dépendance 30 % des prestations hôtelières (couches et alèses...).

Orientation n° 1 : La chambre invite le Conseil général à poursuivre la démarche engagée vers une plus grande convergence des coûts à la place dans le champ des personnes âgées et des personnes adultes handicapées.

Délibéré à la chambre le 3 décembre 2013

Le Président



Christophe Rosenau

GLOSSAIRE

AAH : allocation adulte handicapé

ACTP : allocation compensatrice pour tierce-personne

AGGIR : autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources. Grille nationale qui permet de mesurer le niveau de dépendance d'un demandeur de l'APA

AMP : aide médico-psychologique

ARS : agence régionale de santé

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ASH : agent de service hospitalier

CASF : code de l'action sociale et des familles

CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CNSA : caisse nationale de solidarité et d'autonomie

CSP : code de la santé publique

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ESMS : établissements et services médico-sociaux

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPS : établissement public de santé

ESAT : établissements et services d'aide par le travail. Ils accueillent ou accompagnent des personnes handicapées dont la CDAPH a constaté que les capacités de travail ne leur permettent pas de travailler à temps partiel ou à temps plein en milieu ordinaire ou de manière indépendante.

FAM : foyers d'accueil médicalisé. Ils sont destinés à recevoir des adultes handicapés inaptes à toutes activités professionnelles et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante avec une médicalisation sans toutefois justifier d'une prise en charge complète de l'assurance maladie.

FAS : foyer d'accueil spécialisé. Parfois appelé foyer de vie ou foyer occupationnel, ils prennent en charge des personnes adultes présentant un handicap qui les rend inaptes à l'exercice d'une activité professionnelle mais qui disposent d'un minimum d'autonomie dans leur vie quotidienne.

FAS-PHV : foyer d'accueil spécialisé pour personnes handicapées vieillissantes

GIR : groupes iso-ressources. Il permet de classer les personnes âgées en fonction de leur degré d'autonomie

GMP : GIR moyen pondéré

GMPS : GIR moyen pondéré soins

MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MAS : maisons d'accueil spécialisé. Etablissement qui accueille ou accompagne des personnes handicapées adultes n'ayant pu accueillir un minimum d'autonomie, dont l'état nécessite la présence d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

OHRAS : observatoire haut-rhinois de l'action sociale

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

PCH : prestation de compensation du handicap

PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS ; plan régional de santé

PPI : programme pluriannuel d'investissement

SAJ : service d'accueil de jour

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Service qui assure un accompagnement pour les actes de la vie sociale et qui comporte en plus des prestations de soins.

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale. Service qui accompagne, en milieu ordinaire des adultes handicapées capables d'une certaine autonomie et de développer cette autonomie.

SROMS : schéma régional d'organisation médico-social

USLD : unité de soins de longue durée

ANNEXE

Tableau 1 : Evolution du nombre et de la capacité d'accueil des EHPAD et des accueils de jours pour personnes âgées entre 2008 et 2012

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Nombre	Capacité								
EHPAD	67	5 328	67	5 716	71	6 120	71	6 146	74	6 425
Accueil de jours	11	127	14	162	18	184	18	184	19	204

Source : Conseil général

Tableau 2 : Evolution du nombre et de la capacité d'accueil des foyers d'accueil, spécialisé et médicalisé, ainsi que des services d'accueil de jours pour personnes handicapées entre 2008 et 2012

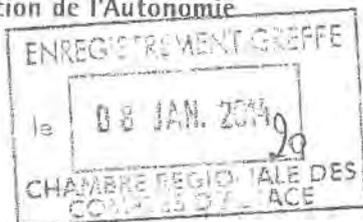
	2008		2009		2010		2011		2012	
	Nombre	Capacité								
FAS	12	558	12	558	13	591	14	600	15	614
FAM	5	161	5	161	5	164	5	164	5	164
Service d'accueil de jour	11	173	12	200	12	227	13	249	13	249

Source : Conseil général

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
D'ALSACE
GREFFE

Réponse de M. Charles Buttner, Président du Conseil général du Haut-Rhin, aux observations définitives arrêtées par la chambre régionale des comptes d'Alsace sur l'examen de la gestion du Département du Haut-Rhin dans le cadre de l'enquête commune conduite par les juridictions financières et portant sur la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette réponse est jointe au rapport d'observations définitives de la chambre en application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières.

Direction de l'Autonomie



Monsieur Christophe ROSENAU
Président
CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
D'ALSACE
14 Rue du Faubourg de Pierre
67085 STRASBOURG Cedex

RECOMMANDE AVEC AR

Dossier n° 82157
Suivi par M. Christian FISCHER/FHS
Tél. : 03 89 30 67 81

Colmar, le - 6 JAN. 2014

V/Réf. : bl/fs/n° 13-1470/gr

Monsieur le Président,

Vous m'avez transmis par courrier du 5 décembre 2013, le rapport d'observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes concernant la gestion du Département du Haut-Rhin, dans le cadre de l'enquête portant sur la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux.

Je tiens à souligner, à l'occasion de la réalisation de ce rapport, l'importance du sujet traité qui au premier abord revêt un caractère très technique, mais qui en réalité est au cœur de deux objectifs primordiaux :

- l'un transversal à toutes nos politiques qui vise la performance, c'est-à-dire la qualité au meilleur coût,
- le second qui est d'une actualité cuisante et cherche à contenir le reste à charge des familles et des personnes âgées qui, du fait de la dégradation de leur état de santé, sont amenées à être accueillies en établissement.

Après une lecture attentive du rapport, je prends note de l'intégration des éléments de réponse apportés au rapport d'observation provisoire et je vous en remercie.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Bien à vous,

LE PRÉSIDENT

A handwritten signature in black ink, appearing to read "C. Buttner", written over a large, stylized graphic element.

Charles BUTTNER