



La tarification en établissements pour personnes âgées

Remarques prospectives

La loi du 24 janvier 1997 instaure une prestation gérée par les départements, la prestation spécifique dépendance (PSD), et une tarification basée sur le niveau de handicap* évalué selon une grille nationale commune (Aggir) ; les distinctions entre les différentes catégories d'établissements (foyers-logements, maisons de retraite, soins de longue durée) doivent disparaître pour conduire à la création d'un seul type de structures soumis à autorisation pour accueillir les personnes âgées, et passant convention avec l'État et le département.

Seuls les grands aspects de la réforme envisagée sont connus à ce jour. S'il est donc bien trop tôt pour en exposer plus avant les contours ou en discuter les détails, il est cependant possible de proposer quelques réflexions sur quatre thèmes importants.

La responsabilité des départements

Si la loi prévoit que la PSD ne sera applicable en établissements qu'une fois la réforme de la tarification adoptée, l'arti-

* Le terme de dépendance n'est jamais employé ici parce que théoriquement mal utilisé (voir les relations entre autonomie et dépendance en analyse systémique) et pratiquement dangereux (tant au plan des relations interpersonnelles, que des constructions juridico-sociales). La notion de handicap, même si elle n'est pas totalement satisfaisante, paraît autrement plus construite et plus pertinente.

cle 13 du décret d'avril 1997 permet la mise en place d'une PSD provisoire.

Les décisions des départements, basées sur cet article *a priori* illégal, ne sauraient avoir d'implication immédiate en terme de tarification, comme l'a rappelé fort opportunément le ministère. Toutefois les prises de position de certains conseils généraux permettent de comprendre comment ils envisagent la future tarification.

Si certains jouent parfaitement le jeu et tentent de réaffecter des sommes identiques, voire supérieures au système précédent, d'autres envisagent la réforme sous l'angle des économies qu'ils vont pouvoir dégager ; de fait, les différences entre les sommes consacrées vont de 1 à 10.

Une telle inégalité ne peut se justifier. Si la décentralisation doit permettre d'adapter des règles communes à des réalités locales, elle ne peut être le prétexte à la constitution de féodalités locales ignorant les nécessaires cohérences nationales. La fixation de forfaits minimaux s'avère donc indispensable.

Par ailleurs, si une liberté de fixation, même encadrée, est laissée aux conseils généraux, les effets de la diversité doivent être pleinement assurés dans le cas de personnes âgées venant d'un autre département : soit on applique la règle du département d'origine (domicile de secours), soit on applique la règle du département d'accueil. En tout état de

cause on ne peut admettre que certains conseils généraux fixent un maximum à verser pour leurs ressortissants vivant dans d'autres départements.

Ces difficultés montrent bien le danger de confier une telle prestation à des collectivités dont certaines ont déjà fait la preuve par le passé du peu de cas qu'elles faisaient de la politique en faveur des personnes âgées ; ainsi le tiers d'entre elles refusaient même d'appliquer la loi, en ne versant pas l'allocation compensatrice en établissements. Les engagements de l'Association des présidents de conseils généraux n'ont pas évité les dérives et au-delà de la fixation de règles drastiques, la question est de savoir s'il ne vaut pas mieux confier la gestion de la prestation en établissement à la sécurité sociale, quitte à la laisser gérer, à domicile, par les départements.

L'équité

Les inadaptations et les injustices de l'ancienne tarification avaient été mises en évidence à maintes reprises. Ainsi pour un degré de handicap équivalent, donc un besoin d'aide identique et une mobilisation de ressources (essentiellement en personnel) de même niveau, deux personnes pouvaient supporter des tarifications extrêmement différentes, pouvant aller de 1 à 5. De telles distorsions dans les prix supportés par les consommateurs, quand

les charges pour la collectivité sont identiques, entraînent inévitablement des effets extrêmement pervers.

Faire dépendre la tarification du degré de handicap de la personne âgée, et non de l'histoire et des financements de la structure, est donc un réel progrès souhaité comme tel par les pouvoirs publics, les différents financeurs et l'ensemble des professionnels depuis fort longtemps.

On peut cependant regretter que dans l'effort de mise à plat du système, l'État ne soit pas allé jusqu'au bout de sa logique en homogénéisant l'ensemble de la tarification concernant les handicapés avant et après 60 ans.

Ainsi les personnes âgées et les gérontologues sont pris au piège d'une conception trop étroite de la gérontologie : voulant cultiver la spécialisation en utilisant un terme aussi dangereux que celui de dépendance, voilà tout un secteur qui a perdu la possibilité de bénéficier du travail conceptuel et de la pratique ancienne du lobbying du milieu handicapé.

Ainsi, le handicapé âgé a, peu à peu, été exclu des mécanismes de solidarité prévus pour le handicap, sous le poids des pressions budgétaires, et avec la caution « théorique » du terme de dépendance.

En effet, si la loi de 1975 prévoyait bien que tous les handicaps étaient concernés par l'allocation compensatrice qu'elle instituait, de nombreux conseils généraux, chargés du financement de cette aide, en ont contesté l'attribution aux personnes âgées, obtenant finalement que la loi de janvier 1997 officialise définitivement cette scission entre handicapés jeunes et vieux.

L'équité d'une disposition se juge aussi au regard des échanges négociés ou contentieux qu'elle génère. Ainsi les mécanismes précédents de fixation, de dérogation et de recours avaient fait la preuve de leur complexité et de leur inadaptation compte tenu des énormes écarts entre les textes et la pratique ; cependant ils avaient au moins l'avantage, après vingt ans de pratique, d'être à peu près maîtrisés par les différents partenaires, établissements et financeurs.

Afin de présenter une réelle avancée, les nouveaux dispositifs devront donc

être d'application simple et comporter des mécanismes de recours ou de contestation clairement définis à l'avance, et assurer à chaque partie la possibilité d'obtenir gain de cause sur le fond et non sur la forme, comme ce fut trop souvent le cas par le passé pour les contentieux tarifaires.

Le parti pris annoncé de tarifs séparés, suivant les financeurs, évoque de ce point de vue quelques mauvais souvenirs. Aussi pourrait-on envisager un système de « financeurs pivots », semblable aux caisses pivots, interlocuteurs uniques des différentes caisses de sécurité sociale avec les hôpitaux.

Par ailleurs, les recours devraient se faire en première instance devant des commissions composées paritairement de représentants des financeurs et des établissements, afin que les dossiers puissent être traités au fond, en tenant compte des politiques des établissements et des financeurs, et non uniquement sur la forme ou sur la conformité stricte aux textes comme c'est inévitablement le cas, si l'on fait appel au système juridictionnel.

Enfin, les nouvelles dispositions, en instaurant une tarification individualisée, risquent de générer de nouveaux types de contestations : celles des personnes âgées et de leurs ayants droit. Le mode de classement en groupes isoressources (Gir) sera alors déterminant surtout en cas de passage à un Gir inférieur entraînant une dépense supplémentaire pour la famille. Les responsabilités entre établissements et départements devront donc être clarifiées surtout si c'est l'établissement qui détermine le niveau du handicap comme de nombreuses dispositions le laissent présager.

Le concept d'hospitalo-requérance

La réforme ayant pour but d'unifier le mode de tarification, la distinction longue durée, maison de retraite, foyer-logement est appelée à disparaître. Conscients du risque que cette réforme entraîne une diminution des moyens accordés aux

services de soins de longue durée, les médecins du Syndicat de gérontologie clinique ont attiré l'attention sur les personnes âgées hospitalo-requérantes qui, nécessitant des soins réguliers et importants, devraient continuer à bénéficier d'une tarification de type sanitaire.

Cette distinction est importante, mais impose d'être étendue ; en effet, il existe des hospitalo-requérants en maison de retraite, soit qu'ils n'aient pas pu, ou pas voulu entrer en long séjour, soit qu'ils retournent directement en établissement d'hébergement après une hospitalisation, sans bénéficier d'un moyen séjour.

La cause de ces situations est toujours la même : l'absence ou l'inadaptation des structures de long ou moyen séjour. Ainsi en Île-de-France, région notoirement sous-dotée en services de moyen séjour, il n'est pas rare qu'une personne âgée revienne en maison de retraite 3 ou 4 jours après une opération.

Faut-il alors orienter les hospitalo-requérants présents en structures d'hébergement vers les hôpitaux ? Certes non puisque l'objectif de la réforme est précisément de rompre avec cette pratique des déplacements.

Il s'agit alors de reconnaître la réalité pour la faire évoluer : pendant une période transitoire, les établissements d'hébergement doivent pouvoir bénéficier des moyens donnés à des services sanitaires afin de répondre aux besoins des populations qu'ils accueillent. Cette période permettra d'améliorer les taux d'équipement en long et moyen séjour dans les régions sous-équipées, de développer les équipes sanitaires destinées aux personnes âgées, et surtout de mettre en place les réseaux qui permettront à des équipes de se déplacer dans les structures d'hébergement pour prendre en charge les personnes âgées qui seraient devenues hospitalo-requérantes pendant leur séjour.

Une telle adaptation est indispensable pour permettre de répondre aux besoins de nombreux patients âgés, et accompagner les efforts d'amélioration du dispositif sanitaire et médico-social ; si l'on ne reconnaît pas cette réalité, les résidents nécessitant un suivi médical important

seront exclus des nouvelles structures d'hébergement et renvoyés dans les services de court séjour ; parallèlement, les personnes âgées en court séjour, qui pourraient sortir sous réserve de bénéficier d'un suivi médical satisfaisant, ne trouveront pas de place en hébergement.

Faute de moyens donnés aux établissements d'hébergement le problème serait alors déplacé et pèserait sur les finances des hôpitaux en augmentant leur durée moyenne de séjour.

La nécessité d'un cliquet tarifaire

La tarification en fonction du handicap du résidant pose le problème de l'évolution de ce handicap dans le temps.

S'il est entendu que la tarification augmente en cas d'aggravation du handicap, il importe de ne pas retenir la démarche symétrique. En cas de diminution du handicap le niveau de la tarification doit être maintenu. C'est le principe du cliquet tarifaire d'autant plus essentiel qu'il n'est pas de voie médiane. L'absence de cliquet générera mécaniquement d'importants effets pervers alors que son fonctionnement augmentera les comportements favorables à l'autonomie des personnes âgées.

En effet, nombreuses sont les pratiques, les attentions et les aides qui peuvent améliorer le degré d'autonomie d'un résidant : soutien moral et animation, suivi psychologique, qualité du suivi médical, ergothérapie, kinésithérapie, rééducation à la continence, réapprentissage des gestes de la vie courante...

Baisser les financements d'un établissement, en cas de gains en autonomie des résidents, revient à refuser de financer ces actions ou au mieux à les laisser subsister en espérant qu'elles n'apporteront aucun résultat tangible. Au pire on encourage même les structures archaïques dans lesquelles aucun moyen n'est mis à la disposition des résidents, et dont le degré de handicap s'accroît au fil des ans, et avec lui les financements.

Le raisonnement inverse conduit à déterminer le degré de handicap du résidant à l'entrée (détermination du GIR) et

à garantir à l'établissement le maintien du financement qui y est attaché en cas d'amélioration. Les structures ont donc un intérêt financier fort à investir en équipements et savoir-faire permettant de rendre les résidents plus autonomes, puisque cette amélioration permettra des économies des moyens consacrés aux résidents et le maintien des financements, incitant à de nouvelles recherches permettant de nouveaux gains.

En économie c'est l'un des aspects fondamentaux d'une politique de tarifs : encourager les comportements individuels allant dans le sens de l'intérêt collectif.

Aujourd'hui cette question n'est pas définitivement tranchée : si elle est à peu près acceptée pour le volet soins pris en charge par la sécurité sociale, il n'en va pas de même pour la partie « dépendance » pourtant la plus liée par construction au handicap de la personne âgée. C'est que la difficulté est double : d'une part, il faut convaincre les conseils généraux, dont certains sont malheureusement trop sensibles aux espoirs d'économies à court terme sans réaliser qu'elles sont au demeurant fort improbables ; d'autre part, la détermination du degré de handicap a des effets directs sur la somme à la charge des personnes âgées et des familles, et nombre d'entre elles demanderaient une baisse de prix en cas d'amélioration, d'autant que la hausse sera inévitable en cas d'aggravation ; il faudrait alors convaincre les citoyens de l'intérêt de ce mécanisme. Si une telle tâche semblait irréaliste, c'est alors le système même choisi qui devrait être remis en cause.

En effet, si l'on ne peut faire payer individuellement le coût de la prévention et de l'amélioration de l'autonomie des résidents, seules deux solutions sont envisageables : renoncer à un système de tarif variant avec le handicap et retrouver un système forfaitaire que personne ne soutient plus ; ou renoncer à une tarification individuelle (et donc une prestation basée sur cette tarification) et socialiser l'ensemble de la dépense en confiant par exemple la gestion à la sécurité sociale. ■

Références

- M. Charles, G. Dlugosz, G. Miaut. La réforme de la tarification. *In La Lettre de l'Adehpa*, mai 1996
- G. Miaut. À propos de la PSD. *In Techniques hospitalières* avril 1997
- PSD et tarification. *Les dossiers de l'Adehpa*. Janvier 1997
- P. Champvert. Quelques réflexions sur la réforme de la tarification. *In Gérontologie et société*, 1997

Pascal Champvert

Président de l'Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (Adehpa), directeur de la maison de retraite Saint-Maur-Sucy-Bonneuil, Val-de-Marne