



CONSEIL DE L'ÂGE

AVIS DU 14.03.2022 SUR

LE PROJET DE DECRET ET D'ARRETE RELATIFS A
L'ARTICLE 47 DU LFSS 2022 (MISSIONS DE L'EHPAD)

ET LES DEUX PROJETS DE DECRET RELATIFS A
L'ARTICLE 44 DU LFSS 2022
(DOTATION COMPLEMENTAIRE ET COMPENSATION DU
TARIF PLANCHER POUR LES DEPARTEMENTS)

**Avis rendu par le Conseil de l'âge
le 14 mars 2022**

Le HCFEA est saisi :

- du projet de décret en Conseil d'État relatif à la compensation par la CNSA des surcoûts occasionnés par la mise en place des tarifs planchers (art. 44 LFSS 2022) ;
- du projet de décret en Conseil d'État sur la dotation complémentaire (et les CPOM) visant à financer des actions améliorant la qualité des services rendus à l'utilisateur (art. L.314-2-1 CASF) ;
- du projet de décret sur l'Ehpad centre de ressources territorial, ainsi que l'arrêté afférent.

1) Décret relatif à la compensation financière de l'institution d'un tarif plancher

La LFSS 2022 (art. 44) a accompagné la mise en place du tarif plancher pour les services réalisant une activité d'aide et d'accompagnement à domicile en mode prestataire d'une mesure de compensation intégrale de l'augmentation des dépenses d'APA liée à l'alignement sur ce tarif plancher.

Le tarif minimum a été fixé à 22 €/heure¹.

Ce financement fera l'objet d'un concours spécifique de la CNSA.

Le décret définit les règles de calcul du montant de ce concours.

La formule de calcul consiste à compenser le coût de l'application du tarif minimum à toutes les heures pour lesquelles les tarifs horaires applicables au 1^{er} septembre 2021 sont inférieurs au tarif minimal. La compensation est calculée en appliquant un taux moyen². Elle a été déterminée en lien avec les conseils départementaux pour reposer sur des données de gestion aisément mobilisables.

Le montant prévu du concours est de 242 millions d'euros (M€) dont 155 M€ au titre de l'APA et 87 M€ au titre de la PCH. Ces montants ont été calculés pour l'APA en retenant un volume de 124 M d'heures tarifées à un montant inférieur au plancher (soit 77 % des 161 M d'heures prestataires solvabilisées par l'APA) et un tarif moyen en septembre 2021 pour ces heures de 20,42 €. L'augmentation de la dépense est donc de 195 M€, dont 80 % apportée par le concours de la CNSA. 20 % de cette dépense (39 M€) est supportée par les allocataires au titre de leur participation (couverte pour moitié par le crédit d'impôt à hauteur de 50 % dont ils bénéficient).

Le concours de la CNSA est ainsi de 155 M€ (pour la part APA).

Au terme de ce recalage, le tarif moyen serait de près de 22,3 €/heure.

Après 2022, le concours de l'espèce est maintenu à son niveau initial et de façon pérenne.

¹ voir annexe 2 : avis adopté en décembre 2021 par le HCFEA sur le décret et arrêté fixant le tarif plancher à 22 €/h.

² T = valeur du tarif plancher au moment de sa première application – moyenne pondérée par le volume horaire d'activité, des tarifs horaires applicables au 1^{er} septembre 2021 par le département au titre des heures APA et PCH, déflaté de la participation financière moyenne aux plans APA et PCH.



Le Conseil émet un avis favorable³ à ce décret avec quelques réserves.

On rappelle que le Conseil souhaite une indexation du tarif plancher, compte-tenu de la non-indexation actuelle du tarif plancher, certains membres soulignent qu'il existe un risque de baisse des plans APA, puisque d'éventuelles augmentations en volume pèseraient sur les finances départementales sans compensation additionnelle spécifiée.

Le Conseil note qu'avec l'institution de ce concours « compensation » – et avec celui affecté au financement des CPOM qu'on examine *infra*, on voit croître les dépenses d'APA couvertes par des concours spécifiques à côté du concours de base.

La compensation de 2022 envisagée est cohérente avec une logique de « remise à zéro » : il était attendu qu'elle ne cherche pas à récompenser de « comportement » dynamique des départements ni qu'elle ne tienne compte des niveaux de richesse (potentiel fiscal) et de charges (poids du RSA) des départements qui sont retenus dans le calcul du concours n° 1.

Pour autant, certains membres s'interrogent sur l'équité de financement des départements. C'est une question plus globale qui dépasse ce décret et concerne l'architecture des financements et le besoin de disposer à terme d'une loi de programmation financière (voir *infra*).

Le Conseil souhaite que les indicateurs de suivi permettent d'analyser – de façon fine et précoce – la tarification effective selon les différents SAAD et l'impact en termes de volume des plans et de reste à charge par bénéficiaire. Certains membres souhaiteraient la mise en place d'un mécanisme de contrôle des restes à charge (problème qu'on retrouve également dans le sur la dotation complémentaire).

Sont annexées (annexe 3⁴) plusieurs contributions des membres pour préciser leurs réserves spécifiques.

³ Avis adopté à la majorité avec vote négatif de 7 organisations syndicales (CGC, CFTC, CGT, FO, FSU, FGR-FP, UNRPA-Solidaires).

⁴ Contributions annexées de : CCMSA, Korian, FGR –FP, Una et lettre ouverte au Premier ministre (Una, ADMR, Adedom et Fnaafp/CSF), Unaf, Fnadepa, et FESP.

2/ Projet de décret en Conseil d'État relatif aux CPOM et à la dotation affectée à leur financement

Il est pris en application de l'article I 314-2-1 et 2-2 du CASF créé par l'article 44 du LFSS 2022. La mise en place des CPOM s'appuie sur une préfiguration dont le rapport au parlement est en cours de finalisation. Alors que les Ssiad et les – rares – Spassad étaient déjà concernés par des CPOM, ce sera une nouveauté pour les Saad

a. Caractéristiques

La dotation complémentaire vise à financer des actions répondant à des objectifs d'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Ces objectifs sont listés à l'article L. 314-2-2 du CASF :

« La dotation mentionnée au 3° du I de l'article L. 314-2-1 finance des actions permettant :

- 1° D'accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités ;
- 2° D'intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés ;
- 3° De contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire ;
- 4° D'apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées ;
- 5° D'améliorer la qualité de vie au travail des intervenants ;
- 6° De lutter contre l'isolement des personnes accompagnées. »

La dotation financera les actions convenues dans un contrat personnalisé d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre le président du conseil départemental et le Saad contractant. Ce contrat reprend tout ou partie des objectifs précités et précise l'ordre de leurs priorités.

Pour les Saad non habilités à l'aide sociale, le CPOM doit obligatoirement prévoir une clause définissant les modalités de limitation du reste à charge pour les usagers.

La dotation est calée sur une valeur moyenne de 3 €/heure, par l'article R. 314-136 du CASF, valeur de référence qui devrait finalement varier (texte en cours de modification) en fonction de l'évolution annuelle des prix à la consommation hors tabac calculée par l'Insee (L. 161-25 CSS).

Le document qui a été transmis aux membres du Conseil de l'âge⁵ donne quelques indications sur les dispositifs mis en œuvre dans la phase de préfiguration.

b. Ambition du projet

Le schéma qui sous-tend le chiffrage de l'enveloppe nationale est celui d'une montée en charge rapide avec un taux de couverture de 50 % en 2025 et, à l'horizon 2030, à un taux proche de 100 % : le rythme de contractualisation retenu dans la maquette financière est le suivant : 7 à 10 % en 2022 ; et 100 % en 2030.

855 M€ sont budgétés à horizon 2030 (480 M€ dès 2025). Ces estimations tiennent compte de l'indexation sur les prix de la dotation moyenne de 3 € en valeur initiale. Dans le champ de l'APA à domicile – et dans l'hypothèse de stabilité du volume unitaire des plans – l'enveloppe prévue est calée sur une prévision de croissance des effectifs de 2,3 %/an.

⁵ envoi du 7 mars 2022

c. Détermination de l'enveloppe départementale

Elle sera calculée au prorata du nombre d'heures d'APA. Ce concours n'est donc pas influencé par le jeu des critères retenus pour le calcul du fonds de concours 1 de l'APA

Si les crédits résultant du fonctionnement effectif des CPOM dépassent l'enveloppe fixée (rythme plus rapide de contractualisation ; progression du volume des heures prestées) le surcoût financier sera à la charge du département. Toutefois, une clause de revoyure pourrait être prévue pour régulariser *ex post* cet écart.

Le Conseil émet un avis favorable au décret⁶.

Mais il assortit cette appréciation de réserves et souhaits importants

- Une grande majorité du Conseil approuve l'option de passer par la voie contractuelle plutôt que par l'augmentation indifférenciée du tarif minimum.

Les critères retenus pour les CPOM correspondent bien aux angles morts en termes de besoins sociaux – même si certains membres auraient préféré prioriser d'emblée les trois premiers critères cités dans l'article L 314-2_1 – et ils font de façon pertinente place à une amélioration des conditions de travail⁷ des personnels, ce qui devrait améliorer le service rendu à l'allocataire et l'attractivité de la profession.

Pour autant, certains membres souhaiteraient à terme qu'on n'exclue pas de revoir plus simplement la tarification de l'ensemble (tarif plancher + dotation) en lien avec d'éventuelles revalorisations de l'APA et de la PCH.

Enfin, le Conseil souhaite que le texte d'accompagnement des modalités de mises en place des CPOM, que va rédiger la DGCS, puisse insister sur la desserte en territoires ruraux, en lien avec le troisième critère.

- l'obligation pour les Saad non habilités à l'aide sociale de prévoir une clause de modération du reste à charge (défini comme le total des sommes facturées au-delà des tarifs mentionnés aux articles R 232 9 et L 245-6) répond en partie au souci du Conseil d'accroître l'opposabilité tarifaire.

- l'ambition d'atteindre dès 2025 un taux de couverture de 50 % et de viser 100 % en 2030 est pertinente

- La dotation de 3 € portera à terme le tarif total à plus de 25 €. Ce plancher est jugé trop bas par nombre de membres du Conseil. Le Conseil rappelle son souhait qu'on définisse au plus tôt une règle d'indexation du plancher et/ou une procédure de révision régulière de son montant.

⁶ Dont vote négatif de 7 organisations syndicales (CGC, CFTC, CGT, FO, FSU, FGR-FP, UNRPA-Solidaires).

⁷ Objectif distinct de l'objectif de la revalorisation des salaires des professionnels, soutenue par le Conseil de l'âge. La possibilité de prévoir des temps de coordination, d'échanges sur les pratiques, de meilleures organisations des plannings exposant moins les salariés à des heures creuses non rémunérées s'inscrivent de façon pertinente dans le 5° de l'article L 314-2-1.

Plusieurs points appellent néanmoins des commentaires plus réservés :

- L'enveloppe nationale – en tout cas dans son niveau actuel – « couvre » une hypothèse de croissance limitée de l'effectif des allocataires sans virage domiciliaire significatif⁸. Par construction elle n'a vocation à financer ni une augmentation du volume des plans exécutés ni une augmentation du coût des facteurs. La couverture de ces deux évolutions hautement souhaitables serait partagée entre le financement par les départements et le concours 1 de la CNSA dont il conviendrait de fixer l'avenir (son volume et les critères de répartition entre les départements⁹ ;

À ce titre le Conseil s'interroge sur la ligne suivie de multiplier les concours spécifiques sans qu'on mène une réflexion plus large sur les conditions de financement de l'APA à domicile

- Des membres du Conseil ont souhaité qu'on encadre de façon plus précise les mécanismes de modération du reste à charge.

3 / Le projet de décret sur « l'Ehpad centre de ressources territorial », ainsi que l'arrêté afférent.

Le décret est pris en application de l'article L 313-12-3 du CASF et l'article 47 du LFSS 2022.

a. objet

Le décret prévoit des conventionnements entre les Ehpad et établissements de santé afin de renforcer l'appui du sanitaire au médico-social et inscrit la mission facultative d'Ehpad centre de ressources territorial parmi les missions pouvant être assurées par un Ehpad. Ces établissements bénéficieraient d'un financement affecté de 400 000 €/an pour assurer deux fonctions :

- volet 1 : mission d'appui aux professionnels de la « zone d'intervention ». Un financement de 80 000 €/an maximum est prévu (ce montant dédié tient compte des enseignements tirés des expérimentations menées en Nouvelle Aquitaine et Occitanie) ;
- volet 2 : accompagnement intensif à domicile qui concernera une file active de trente bénéficiaires minimum. Les sommes dédiées (900 €/mois) qui mobilisent plus de 81 % de la dotation totale sont à rapprocher de l'expérimentation article 51 sur l'accompagnement renforcé à domicile (1 096 €/mois) dont un premier bilan sera établi en avril 2022.

b. champ d'application

Les Ehpad dont moins de la moitié des places sont habilitées à l'aide sociale ne sont pas éligibles.

Le texte de présentation du décret n'explique pas les raisons de cette exclusion.

⁸ Évolution démographique prise en compte en phase avec les projections fournies par la Drees, mais sans baisse significative du taux de personnes âgées vulnérables en établissements.

c. calibrage de la mesure

Une enveloppe de 78 M€ est prévue pour 2025.

Elle permettrait de financer 195 « centres ressources » ; soit de l'ordre de deux par départements.

Faute de connaître l'étendue réelle de la « zone d'intervention » du centre ressources (et donc le nombre de structures et de professionnels qu'il s'agit de « soutenir » d'une part, le nombre d'allocataires d'APA à domicile dont une partie requiert un accompagnement intensif d'autre part), il est difficile de porter une appréciation sur ce projet.

Remarquons toutefois que sur la base de l'enveloppe précitée, les 63 M€ affectés à l'accompagnement intensif ne permettent de prendre en charge par les Ehpad conventionnés que 5 850 allocataires, soit de l'ordre de 3 % des allocataires en GIR 1 et 2. On aurait un fort contraste entre cette petite minorité d'allocataires pour lesquels on investirait 10 800 € par an **en sus** des interventions classiques et l'immense majorité des allocataires pour lesquels on n'engagerait que les financements actuels (35 724 € en GIR 1 et 24 647 € en GIR 2 par exemple en « coût complet »⁹ annuel tel qu'on l'a chiffré dans la note « comparaison des coûts de prise en charge du 2021).

Le Conseil a considéré qu'il n'était pas pertinent d'étudier le projet de décret qui lui était soumis pour avis.

Lors de l'avis du Conseil sur le PLFSS 2022 une majorité du Conseil avait marqué son souci que le statut de centre de ressources territorial pour l'accompagnement des personnes âgées vulnérables à domicile ne soit pas réservé aux Ehpad.

Or pour des raisons de calendrier et d'opportunité, le décret et l'arrêté présentés pour avis ne portent que sur une partie des opérateurs éligibles pour développer les centres de ressources¹⁰. Le Conseil n'en conteste pas l'intérêt, mais juge prématuré de les examiner et notamment de donner une appréciation sur des éléments substantiels du dispositif (l'enveloppe de 400 000 €, le rôle de l'ARS par exemple) dont on ne sait pas s'ils seraient pertinents pour les structures autres que les Ehpad.

⁹ Incluant le soin.

¹⁰ Parmi les opérateurs concernés à terme on peut citer outre les Ehpad : les services à domicile déjà engagés sur cette voie, les futurs services autonomie, les résidences autonomies, les établissements hospitaliers de proximité, etc.

Annexes

Annexe 1 : Impact budgétaire compensation

Tableau 1- Estimation nombre d'heures APA en mode prestataire

		APA	PCH	Ensemble
Ensemble des heures	Nombre d'heures (en millions)	161	38	200
	Tarif moyen	21,07 €	20,15 €	20,90 €
Heures inférieures à 22€	Nombre d'heures (en millions)	124	30	153
	Tarif moyen	20,42 €	19,04 €	20,17 €
Cout de l'instauration du tarif plancher	Total en M€	195	88	283
	Dont part couverte par la CNSA	80%	100%	
	Montant du concours CNSA	155	87	242

Annexe 2 : Avis du 07.12.2021 sur le projet de décret en Conseil d'État et d'arrêté relatifs à l'article 44¹¹ du LFSS 2022

Le décret examiné est un texte d'application de l'article 30 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2022. Il prévoit d'une part l'application d'un tarif minimal (dit plancher) applicable aux heures d'aide à domicile en mode prestataire et, d'autre part, la mise en place d'une dotation visant à garantir le fonctionnement intégré de l'aide et du soin au sein d'un service autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ce décret s'inscrit dans un chantier plus global de mise en œuvre de la LFSS 2022 qui prévoit notamment :

- un décret sur la dotation complémentaire « qualité » pour la rémunération des heures d'aide à domicile (courant 2022) ;
- un décret sur la réforme des concours de la CNSA pour le financement des services (2022) ;
- un décret de réforme du financement des SSIAD (janvier 2023) ;
- et l'élaboration du cahier des charges des services autonomie (notamment pour rénover les paniers de prestations d'aide et soin) ce qui implique de revoir des éléments du CASF.

¹¹ Initialement article 30 du PLFSS.

L'arrêté fixe le tarif plancher à 22 € (et modifie l'arrêté tarif PCH).

Le Conseil de l'âge, à la majorité, a émis un avis favorable sur le projet de décret. Six organisations syndicales et une organisation associative¹² ont émis un avis défavorable dans la lignée de leur opposition au PLFSS, au motif que le montant est insuffisant et qu'ils s'opposent à l'augmentation du reste à charge pour les allocataires découlant du mécanisme envisagé.

Faute de connaître la mise en œuvre envisagée pour la dotation qualité, le Conseil de l'âge prend acte de l'arrêté de fixation du tarif en mode prestataire à 22 €/h, tarif insuffisant à lui seul ; il rappelle que seul le dispositif global – tarif plancher + dotation qualité – permettra d'émettre un avis sur les niveaux tarifaires proposés, sachant qu'il convient d'atteindre un tarif moyen de l'ordre de 25 €/h¹³ pour la valorisation des services à domicile en mode prestataire afin de refléter les coûts actuels de production du secteur.

S'agissant du décret plus spécifiquement, il prévoit :

1/ un tarif plancher

L'institution d'un tarif minimum était souhaitée par le Conseil de l'âge pour sécuriser le financement des Saad. L'article 30 de la LFSS 2002 qui la prévoyait avait reçu un avis favorable du Conseil de l'âge¹⁴ sous réserve de i) prévoir une augmentation des plafonds APA pour éviter des effets d'écrêtements et ii) de prévoir des mécanismes d'évolution de ce tarif plancher. Le Conseil de l'âge avait par ailleurs souhaité une clarification de l'impact de la mise en place du tarif socle sur le financement de services d'une part, sur les procédures de tarifications des différents opérateurs et la portée des règles d'opposabilité qui leur seront associées d'autre part.

Le décret prend une série de mesures :

- a) il modifie les dispositions relatives à la fixation par le conseil départemental des tarifs applicables aux services habilités et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour prévoir que ce minimum soit pris en compte dans les tarifs de référence départementaux pour la valorisation des plans d'aide APA en mode prestataire (articles modifiés les articles R232-9, R232-10, R314-105, R314-130 et R314-135).
- **Avis favorable.** Le Conseil souhaite qu'une clause additionnelle soit ajoutée pour prévenir le risque de la dévalorisation du tarif plancher, soit en définissant des règles d'évolution et/ou une procédure de révision régulière qui encadrerait l'arrêté de fixation. Il souhaite également qu'un tarif plancher de valorisation du plan APA soit introduit pour l'emploi direct.
- b) Un relèvement des plafonds d'APA.
- c) Le décret relève les plafonds des plans d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour tenir compte du renchérissement du coût d'une heure d'aide induite par l'introduction du tarif plancher.

¹² Fédération syndicale unitaire, fédération générale des retraités de la fonction publique, CGC, CFTC, CGT, FO et UNRPA-Solidaires. L'UNIR-CFE-CGC a précisé sa position (avis annexé).

¹³ Voir plus pour certains membres.

¹⁴ Annexe 1 de l'avis du Conseil de l'âge du 04.10. 2021 sur le PLFSS 2022.

GIR	Montant du plafond € mensuels (1 ^{er} janvier 2021)	Montant du plafond € mensuels (2022)	% évolution	nb heures (1)
1	1747,58	1807,89	3,5%	82
2	1403,24	1462,08	4,2%	66
3	1013,89	1056,57	4,2%	48
4	676,3	705,13	4,3%	32

(1) sur la base d'un tarif à 22 €/h.

➤ **Avis favorable.**

d) Une mesure d'impact est prévue

Pour apprécier l'incidence du tarif national plancher, il faudra tenir compte du dispositif complémentaire prévu (dotation qualité). À ce stade, le Conseil prend acte de la mise en place d'étude d'impacts et souhaiterait une fois définies les modalités de la dotation qualité qu'une exploitation des remontées des données des conseils départementaux soit effectuée au plus tôt pour analyser les éléments permettant d'évaluer les tarifs effectivement pratiqués, leur impact sur les services à domicile tarifés et non tarifés et le reste à charge des allocataires.

La fiche d'impact pourrait notamment aborder :

- le tarif moyen observé dans les plans APA exécutés en distinguant les parts exécutée au tarif de référence ; réalisée avec dépassements ; réalisée sur des tarifs bonifiés (bonus qualité) ; en en distinguant services tarifés ou non ;
- les entreprises concernées par les bonus (en nombre et en valeur / en % des CA réalisés) ;
- les RAC observés en lien avec les tarifs ;
- le comportement éventuel d'un alignement à la baisse du tarif dans les départements où le tarif actuel est supérieur à 22 €/h.

2/ l'institution d'une dotation visant à garantir le fonctionnement intégré de l'aide et du soin au sein d'un service autonomie à domicile

Le directeur général de l'agence régionale de santé verserait aux services autonomie à domicile, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11, une dotation spécifique qui finance des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence des interventions d'aide et de soins auprès de la personne accompagnée. Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine le montant de cette dotation en tenant compte du volume d'activité du service.

➤ **Avis favorable.**

Le Conseil rappelle qu'il souhaitait être éclairé sur les modalités de mise en œuvre de ces mesures pendant la période transitoire. Ces éléments seront à apprécier au vu des autres décrets prévus (réforme du financement des Ssiad et élaboration du cahier des charges des services autonomie pour rénover les paniers de prestation des blocs aide et soin). La mesure d'impact de la dotation devra prévoir l'évaluation de l'évolution des restes à charge induits par ces évolutions et analyser l'écart éventuel entre cette dotation et la réalité des coûts des nouveaux services intégrés.

Annexe 3 : contributions des membres

Contribution de la CCMSA

Eléments pour la séance du 14 mars consacrée à un avis du Conseil de l'âge sur des décrets et arrêtés de mise en œuvre de la LFSS 2022

Projet de décret relatif à la compensation financière aux départements de l'instauration d'un tarif plancher pour les services réalisant une activité d'aide et d'accompagnement à domicile

Ce projet de décret concerne les départements et les collectivités d'outre-mer et définit les modalités de calcul et de versement d'un concours de la CNSA, visant à compenser le surcoût engendré par la fixation du tarif plancher. Il précise, à ce titre, les données que les départements doivent transmettre à la CNSA.

Problématique : l'instauration d'un tarif plancher contraint les départements à se caler dessus pour financer les heures d'aide à domicile délivrées par les prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile, au titre de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

Avec un tarif plancher, le montant d'APA attribué permet de financer un nombre moins important d'heures d'aide à domicile (AAD). Or les personnes qui relèvent de l'APA sont en GIR 1 à 4 et donc en situation de perte d'autonomie importante, et ont besoin des heures d'AAD qui leur ont été attribuées. Les départements vont donc avoir un surcoût lié au financement de toutes les heures d'AAD prescrites dans le plan d'aide APA.

Le versement du concours de la CNSA est fixé au plus tard au 31 mars de l'année en cours (année au titre de laquelle il est attribué).

Pour 2022 il existe une dérogation qui consiste à verser à chaque département un acompte de 70% de son montant annuel (calculé sur la base des données fournies par le département) ; il sera versé au plus tard 90 jours après la publication du présent décret.

Chaque département doit fournir à la CNSA, au plus tard le 30 juin 2022, les données nécessaires.

Projet de décret relatif à la dotation visant à financer des actions améliorant la qualité du service rendu à l'usager mentionnée au 3° de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles

Ce projet de décret précise les modalités de versement de la dotation destinée aux services d'aide et d'accompagnement à domicile qui mènent des actions visant à améliorer la qualité du service rendu aux bénéficiaires.

La dotation est versée par le président du conseil départemental aux services retenus à l'issue d'un appel à candidatures organisé au moins une fois tous les trois ans et dont le contenu minimal est précisé.

L'attribution de la dotation nécessite la conclusion d'un contrat ou d'un avenant, entre le président du conseil départemental et chaque gestionnaire des services retenus. Le montant de la dotation est fixé pour chacune des actions réalisées par le service ou pour chacun des objectifs retenus dans le contrat et tient compte de la nature des actions financées, de leur nombre, de leur fréquence, de leur coût pour les services.

Le contenu du contrat est précisé ; il comporte :

- Les actions conduites par le service afin d'améliorer la qualité de prise en charge et le montant versé pour financer ces actions

- Les indicateurs de suivi et les modalités d'évaluation de ces actions
- Les modalités de contrôle et de récupération par le président du conseil départemental de la dotation dans l'hypothèse où le service ne réalise pas les actions financées ou n'applique pas les modalités de limitation du reste à charge prévues par le contrat
- lorsque les services ne sont pas habilités à recevoir des personnes bénéficiant de l'aide sociale, les modalités de limitation du reste à charge des personnes accompagnées.

Les modalités de renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sont précisées.

Le calcul du montant du concours nécessite que chaque département communique le volume horaire à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au plus tard le 31 janvier de l'année au titre de laquelle le concours est versé.

Remarques sur ces textes

S'agissant du tarif plancher, il ne devrait pas avoir d'impact pour les MSA, dans la mesure où elles prennent en compte le tarif horaire de la CNAV pour le mode prestataire, soit 24,50 € de l'heure. Ce tarif est supérieur au tarif minimal fixé prévu par la LFSS qui est de 22 €.

Pour ce qui est de la dotation permettant de financer des actions d'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur, elle est à suivre, car nos bénéficiaires seront concernés. Il est mentionné que cette dotation doit notamment permettre un accompagnement à domicile des usagers le soir ou le week-end, **dans tous les territoires, même les plus difficiles d'accès** (les territoires ruraux sont donc concernés) et **quel que soit leur degré de perte d'autonomie** (l'ensemble des bénéficiaires sont concernés : pas seulement ceux pris en charge au titre de l'APA, mais également ceux relevant d'une prise en charge de leur caisse de retraite).

La dotation doit aussi permettre de financer des actions visant à lutter contre l'isolement des personnes accompagnées et à soutenir les aidants. Cela correspond aux orientations de la MSA dans le cadre de l'accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) à travers 2 des 6 aux éléments du panier de service (lien social : pour ce qui concerne la lutte contre l'isolement et accompagnement des aidants : pour l'objectif de soutien des aidants).

Projet de décret et arrêté portant diverses dispositions relatives aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le projet de décret :

- prévoit l'augmentation du **temps de médecin coordonnateur en EHPAD** porté à deux jours minimum par semaine dans tous les EHPAD
- introduit une **nouvelle mission d'EHPAD centre de ressources territorial** (mission facultative), qui comprendra 2 modalités d'intervention conjointes :
 - Volet 1 – Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition ponctuelle d'expertise gériatrique, de ressources spécialisées ou de plateaux techniques) ;
 - Volet 2 – Une mission d'accompagnement renforcé réalisée par une équipe pluridisciplinaire, en complément des prestations de droit commun, pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD

Le développement de cette mission « vise à positionner l'EHPAD comme un facilitateur du parcours de santé en apportant un appui aux personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans un autre

établissement ainsi qu'aux professionnels qui les accompagnent. L'enrichissement des missions des EHPAD est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge. »

Le projet d'arrêté fixe le cahier des charges de l'EHPAD centre de ressources territorial :

- Description des missions des 2 volets
- Public cible
- Professionnels de l'EHPAD et partenariats incontournables
- Financement de ces missions, appels à candidature et gouvernance
- Evaluation du dispositif par la DGCS prévue 2 ans après le début de sa mise en œuvre

Analyse et remarques sur ces 2 textes :

- Nouvelle mission pour les EHPAD **utile pour les personnes âgées à domicile** dépendantes (GIR 1 à 4), **leurs aidants et les professionnels des SAD**
- Il est intéressant que les **aidants** soient visés par ces projets de texte. La MSA développe des actions qui leur sont destinées, notamment un parcours prévention santé
- Autre point positif à souligner : ces textes insistent sur les **partenariats et complémentarités** à développer entre les futurs EHPAD centres de ressources et les acteurs déjà présents sur le territoire considéré
- Les missions décrites ne se limitent pas au seul aspect médical / physique, et **englobent aussi la dimension vie sociale**. La MSA y est sensible et déjà engagée, notamment via :
 - o ses Marpa (animations et restaurant ouverts aux seniors à domicile, portage de repas, etc)
 - o ses chartes des aînés et chartes familles, qui développent souvent des actions intergénérationnelles. Les chartes aînés en particulier sont un dispositif proposé par la MSA et conduit en partenariat avec de nombreux acteurs et associations qui agissent en direction des personnes âgées, dans une démarche de développement social local. Ses objectifs sont de lutter contre l'isolement, susciter, accompagner et soutenir les solidarités, développer les services adaptés aux besoins (redynamiser l'ensemble des solidarités avec les aînés, reconstituer une offre ou un accès aux services à caractère professionnel qui soit adaptée et dimensionnée aux besoins sociaux et médico-sociaux non couverts). Des ponts seront donc possibles avec les EHPAD qui auront cette mission de centre ressources territorial
- **Vigilance sur l'aspect accessibilité des populations rurales**. Le projet d'arrêté prévoit des moyens de transport à destination des seniors à domicile, mais couvriront-ils aussi les zones rurales ? En outre, quelles zones géographiques seront visées par les appels à candidature qui seront lancés par les ARS ? Il est précisé dans le point 1.4 que « ne sont pas éligibles les projets portés par des EHPAD non accessibles aux différents acteurs susceptibles d'y intervenir, s'agissant notamment de l'emplacement géographique... »

Contribution de Korian

Korian déplore :

- Concernant le dispositif des **Ehpad-Centres de ressources**, que ce dispositif exclut les EHPAD qui ont moins de 50% de leur capacité habilitée à l'aide sociale, sachant que le critère de l'habilitation à l'aide sociale n'a pas de lien avec la capacité à assurer un suivi de qualité à domicile,
- Concernant le **tarif horaire socle de 22€ et la dotation visant à financer des actions améliorant la qualité du service rendu à l'usager par les Services d'Aide à Domicile**, que les SAD en mode mandataire soient exclus de cette mesure.

Contribution de la FGR-FP

- **Projet de décret en Conseil d'Etat relatif à la compensation par la CNSA des surcoûts occasionnés par la mise en place des tarifs planchers (art. 44 LFSS 2022).**
- En cohérence avec son opposition au PLFSS 2022, face à l'abandon de la loi Grand Âge, face à la mise en place d'une 5ème branche de la Sécurité Sociale hors de la branche maladie et ne revêtant pas les caractéristiques solidaires de la Sécurité Sociale, face à un projet de décret entérinant une augmentation du RAC de 39 millions €, la FGR-FP se prononce contre ce projet de décret.
- **Projet de décret en Conseil d'Etat relatif aux CPOM et à la dotation affectée à leur financement**
- Au-delà des raisons de fond mentionnées ci-dessus, nous estimons que le délai de mise en œuvre complète repoussé à 2030 est beaucoup trop long et manque d'ambition face à l'urgence de la situation de très nombreux EHPAD. La FGR-FP se prononce donc contre ce projet de décret.
- **Projet de décret sur « l'Ehpad centre de ressources territorial », ainsi que l'arrêté afférent.**
La FGR-FP partage l'avis du Conseil sur « l'immaturation » du projet de décret.

Pour la FGR-FP

Michel Salingue

Avis UNA

Décrets relatifs à l'article 44 du LFSS 2022 : dotation complémentaire pour les SAAD et compensation du tarif plancher pour les départements

1) Décret relatif à la compensation financière de l'institution d'un tarif plancher

Depuis des années, UNA porte la nécessité de réforme du modèle de financement des SAAD avec notamment les enjeux de la reconnaissance du coût complet des services et d'un égal accès à des prestations de qualité sur le territoire. En ce sens, UNA a salué les mesures de la LFSS 2022 visant à améliorer le niveau de financement des SAAD. S'agissant du tarif socle, UNA avait auparavant souligné tout l'intérêt de la mesure tout en émettant des réserves sur la construction du dispositif.

Dans la suite de ces objections, le projet de décret soulève pour UNA deux points problématiques :

En évaluant la compensation à 100% par la CNSA du tarif plancher sur des paramètres non dynamiques mais figés par le décret (première valeur du tarif socle, heures d'APA/PCH par département en 2021, tarif APA/PCH départementaux en septembre 2021), le **projet de décret gèle la compensation à sa date d'entrée en vigueur et rend improbable toute évolution régulière de son montant** (car il faudrait un décret en Conseil d'Etat modificateur) ce qui implique que les évolutions structurelles de la mise en œuvre du tarif socle (par augmentation des bénéficiaires et donc des heures d'APA/PCH ce qui est probable au vu des évolutions démographiques ou par augmentation du montant du tarif plancher qui ne nécessite qu'un arrêté annuel) seront essentiellement à la charge des départements ce qui ne peut que les inciter à s'opposer à toute augmentation du tarif plancher et/ou à stabiliser le nombre d'heures APA ce qui, avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires, implique une diminution des volumes de plan d'aide.

Enfin, il est à noter que cette formule, comme la loi le prévoyait, ne **créé un concours que pour les départements les moins disant et qu'elle est indépendante de la richesse du département qui bénéficieront de ce concours**, uniquement sur la base de leur politique tarifaire inférieure à 22 euros/heures au 1^{er} septembre 2021 et indépendamment de leurs ressources budgétaires.



Vous trouverez ci-dessous nos éléments d'analyse complémentaires qui reprennent le texte du décret:

L'article 1^{er} donne la règle de calcul de ce concours. Il débute en indiquant bien que ne bénéficieront de ce concours que les départements qui avaient un tarif APA/PCH inférieur à 22 euros pour les SAAD non tarifés et une tarification horaire inférieure à 22 euros pour les SAAD habilités/tarifés.

« $Md = (Tmin - Td) \times Nd \times (1 - Rd)$ dans laquelle : Md représente le montant annuel attribué à un département ; $Tmin$ représente la valeur du montant minimal à l'issue de sa première application » ;

Commentaire UNA : En mentionnant « première application » le décret implique que les revalorisations éventuelles du tarif plancher ne donneront pas lieu à compensation intégrale par la CNSA, les départements ne bénéficieront que du concours APA/PCH de droit commun. Il est clair que les CD s'opposeront donc à toute revalorisation du tarif plancher.

« Td représente la moyenne, pondérée par le volume horaire d'activité, des tarifs horaires applicables au 1^{er} septembre 2021 par le département au titre de l'allocation personnalisée et de la prestation de compensation précitées et qui sont inférieurs, à cette date, au montant minimal » ;

Commentaire UNA : lors des échanges en commission des finances, il nous a été indiqué que par pondéré il fallait comprendre qu'un département qui appliquerait plusieurs montants (par exemple : un montant différent pour l'APA et la PCH pour les SAAD non tarifés, un montant différent pour chaque SAAD tarifés) devra distinguer les différents montants qu'il pratiquait avant la mise en place du tarif plancher pour avoir un résultat exact. De même si certains montants sont au-dessus du plancher (par exemple le tarif de certains SAAD tarifés) et d'autres en dessous (le tarif APA ou PCH des SAAD non tarifés), cette pondération visera à exclure les montants au-dessus de 22 euros et conservera ceux en dessous. Il est à noter que la date de référence retenue pour connaître les montants départementaux est le 1^{er} septembre 2021, c'est-à-dire avant la revalorisation de la PCH par effet de l'avenant 43. Cette date, inscrite dans le texte a pour effet de geler le concours aux montants pratiqués par le département à ses pratiques à cette date.

« 4^e Nd représente le volume horaire d'activité, en 2021, au titre de l'allocation personnalisée et de la prestation de compensation précitées des services mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles du département pour lesquels les tarifs horaires applicables au 1^{er} septembre 2021 sont inférieurs au montant minimal » ;

Commentaire UNA : en inscrivant comme base de calcul l'activité horaire au titre de l'APA et de la PCH en 2021 corrélée avec les tarifs APA et PCH départementaux en septembre 2021 (cf. ci-dessus), cela revient à fixer une fois pour toute le montant du concours qui ne peut évoluer que par modification du tarif plancher (qui est fixé par arrêté annuel). Ainsi, le concours compensant le tarif socle n'évoluera pas avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA sauf à ce qu'un décret modifie la période de référence, ce qui est une procédure lourde. Clairement, il s'agit là d'un dispositif qui va contraindre les départements à surveiller de très près les demandes d'APA pour les limiter ou limiter les dépenses par plan d'aide.

« 5^e Rd représente le taux moyen départemental, en 2021, de participation financière au plan d'aide de l'allocation personnalisée et de la prestation de compensation précitées des bénéficiaires des services mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles. »

Commentaire UNA : Il s'agit là de déduire du montant du concours la participation financière légale des bénéficiaires. Le reste à charge extra légal des SAAD non tarifés n'est pas visé ce qui est logique,

Mars 2022



celui-ci s'ajoute au tarif APA et PCH et donc ne modifie pas la charge pour le département et la CNSA alors que la participation légale s'applique « en dedans » et donc diminue le coût du tarif APA pour les départements et la CNSA.

2) Projet de décret en Conseil d'Etat relatif aux CPOM et à la dotation affectée à leur financement

Le contenu de ce décret apparaît dans l'ensemble satisfaisant. UNA est opposé cependant à ce que les modalités de limitation des restes à charge par les services non tarifés soient uniquement définies dans le cadre du CPOM entre département et services. La position d'UNA est de demander la **mention de critères nationaux de limitation du reste à charge afin d'éviter de rétablir des disparités territoriales** pourtant atténuées par le tarif socle. Il serait anormal que dans le déploiement de cette dotation, certains départements encadrent strictement le reste à charge, voir le fasse diminuer et d'autres n'envisagent qu'une limitation a minima.



Lettre ouverte à l'intention de
Jean Castex, Premier ministre,
Olivier Véran, ministre des Solidarités et de La Santé,
Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'Autonomie

Le lundi 14 mars 2022

Monsieur le Premier ministre,
Madame la ministre,
Monsieur le ministre,

C'est avec stupeur que nous avons découvert qu'un projet de décret et un projet d'arrêté pour lesquels nous, professionnels du maintien à domicile, n'avons été ni associés ni consultés, sont actuellement en cours de finalisation par vos services. Et pourtant, ils concernent la mission de coordination des interventions au domicile des personnes en perte d'autonomie... notre métier !

Ces deux textes prévoient de confier aux seuls EHPAD les rôles de coordinateur et d'interlocuteur unique pour les bénéficiaires et leurs familles.

Nous vous le disons comme nous l'avons ressenti : Ces projets de texte sont une humiliation infligée aux acteurs du domicile. Comment peut-on justifier que les 200 000 salariés qui interviennent quotidiennement au domicile des Françaises et Français devraient être coordonnés exclusivement par des acteurs qui, jusqu'ici n'étaient pas ou peu impliqués dans cette prise en charge ?

Monsieur Véran, vous déclarez le 8 mars dernier : « *La montée en charge du « virage domiciliaire » n'est pas anodine : c'est un changement de culture, un changement de braquet et un changement de modèle que nous engageons.* ». Nous constatons aujourd'hui avec amertume que ce changement de culture se révèle être une négation de notre savoir-faire. Pire, avec cette nouvelle réglementation, nos missions nécessiteraient la tutelle systématique d'établissements dont le vieillissement à domicile n'est pas le cœur de métier. Enfin, il est malheureux de constater le maintien des œillères des politiques publiques qui continuent à penser en silo, oubliant que depuis longtemps les services d'aide et de soins à domicile assurent leur rôle aussi bien auprès des personnes âgées que des personnes en situation de handicap ou même de familles en situation de difficultés sociales ou de maladies chroniques.

Ce texte semble à la fois présupposer une expertise des EHPAD dans le domaine de l'intervention à domicile, expertise dont la réalité est plus que douteuse, et surtout que les services à domicile en seraient eux-mêmes dénués et auraient besoin des EHPAD pour leur apporter. Ce cahier des charges présuppose l'incompétence de nos services en matière de coordination, de prévention, de connaissance du contexte domiciliaire. Une telle approche constituerait une provocation pour l'ensemble des structures médico-sociales à domicile et de leurs professionnels, et surtout un déni de la volonté des français qui se verraient contraints de se rapprocher d'EHPAD centres de ressource, alors qu'ils souhaitent vivre à domicile accompagnés par des services experts et de qualité. Nous sommes bien loin d'une simplification des procédures pour les personnes accompagnées et d'une reconnaissance pour les intervenants à domicile.



Tout comme vous, nous sommes convaincus qu'il est absolument urgent et nécessaire de simplifier le parcours des familles en leur proposant un interlocuteur unique à même de coordonner tous les intervenants à domicile. Mais cette mission doit être conduite par les acteurs les plus compétents du territoire considéré, selon des critères objectifs et transparents. Dans certains départements, ce pourraient être des structures du Domicile, dans d'autres des EHPAD qui ont acquis une compétence qui s'étend au-delà de leurs murs et, pourquoi pas un portage conjoint lorsque cela s'avère pertinent. **Nous ne demandons pas à être les seuls coordinateurs du parcours des bénéficiaires, mais uniquement à être autorisés à candidater à ce rôle. Dit autrement, nous ne demandons rien d'autre que de la considération.** Faut-il que nous fassions la une de l'actualité pour être enfin considérés à notre juste valeur ?

C'est pourquoi, nous vous demandons l'ouverture du portage de ce dispositif aux services à domicile dès à présent et sans attendre la réforme des services autonomie aux domiciles (SAD), ou alors de suspendre la parution de l'arrêté dans l'attente du déploiement des SAD afin de les inclure pleinement dans ce dispositif.

Patrick Malphettes
Président Adedom

Marie-Josée DAGUIN
Présidente ADMR

Nicolas Guillon
Président Fnaafp/CSF

Marie-Reine Tillon
Présidente UNA

Contribution de l'Unaf



Éléments pour le HCFEA du 14 mars 2022

Projet de décret en Conseil d'Etat sur la compensation financière aux départements du tarif plancher pour les services à domicile

Projet de décret en Conseil d'Etat sur la dotation complémentaire (et les CPOM) visant à financer des actions améliorant la qualité des services rendus à l'utilisateur (art. L.314-2-1 code d'action sociale) ainsi que la fiche d'impact afférente

Lors du PLFSS, l'Unaf, c'était exprimée favorablement sur ces 2 projets de décret.

Pour l'Unaf, si nous notons que la mise en place d'un tarif plancher est un 1^{er} pas, il est nécessaire de pousser plus loin cette mesure (notamment avec une loi Grand-âge et Autonomie ambitieuse). Il pourrait, par exemple, s'agir de valoriser la qualité des soins et des interventions (amplitude horaire, formation des professionnels...). C'est en partie ce que propose le projet de décret sur les CPOM et la dotation complémentaire, pour laquelle nous sommes favorables.

Projet de décret en Conseil d'Etat sur l'Ehpad centre de ressources, ainsi que l'arrêté et la fiche d'impact afférents

Comme nous l'avons déjà exprimé à l'occasion du passage du PLFSS au conseil de la CNAM et de la CNAF, l'Unaf est très favorable à la mise en œuvre d'une telle mission pour les EHPAD :

- (i) elle permettra de mieux soutenir les aidants familiaux notamment en les soulageant de la coordination des différents acteurs
- (ii) elle favorisera le respect du choix de lieu de vie de la personne âgée en perte d'autonomie

Nous notons en revanche, que les moyens proposés semblent très loin des besoins : au sein de la fiche d'impact, il est ainsi mentionné que les financements permettront en moyenne de créer deux EHPAD centre de ressources par département, avec un minimum de 30

bénéficiaires par centre de ressources¹. C'est peu, compte tenu de l'accélération du virage ambulatoire et domiciliaire, ainsi que de l'épuisement des aidants familiaux, identifiés par l'enquête du CIAAF² (Collectif inter associatif des aidants familiaux), suite aux confinements. Cela pose par ailleurs des questions en termes d'accès géographique et d'équité.

Par ailleurs, si nous souscrivons dans sa grande majorité, aux éléments présentés dans le cahier des charges, nous souhaitons émettre quelques réserves :

- Attention à ne pas attribuer des missions aux EHPAD qui sont déjà existantes et mises en œuvre par d'autres structures : par exemple, concernant le soutien aux aidants familiaux. Il s'agirait peut-être plus d'informer et de ré-orienter les aidants vers les structures existantes (comme les PFR ou les associations).
- Concernant les personnes prioritaires pour bénéficier du volet 2 du centre de ressource, pour l'Unaf, il est regrettable que le niveau de dépendance de la personne âgée, ou encore que l'épuisement et la charge de l'aidant ne soient pas identifiés comme des critères prioritaires, pour bénéficier d'un accompagnement renforcé.

En conclusion, sur le projet d'avis du Conseil de l'Âge :

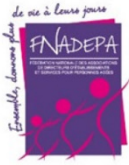
- **L'Unaf est en accord avec le point 1) et le point 2) de l'avis**
- **L'Unaf est en accord avec un vote favorable et avec les réserves émises concernant le nombre de bénéficiaires qui pourront bénéficier de ce service, mais propose de mentionner certains points de réserves notamment :**
 - **Veiller à ne pas attribuer aux EHPAD des missions déjà existantes et mises en œuvre par d'autres structures**
 - **Affiner les critères permettant de bénéficier du service de façon prioritaire, notamment pour prendre en compte la charge et l'épuisement de l'aidant, ou encore le niveau de dépendance de la personne âgée.**

¹ Pour rappel la DREES estime que le nombre de bénéficiaire de l'APA va passer de 1 330 000 en 2015, à 1 595 000 en 2030 puis à 2 040 000 en 2050.

² Consulter l'enquête du CIAAF et de l'IRES [« Impact du confinement : une charge supplémentaire pour les aidants »](#)



Contribution de la Fnadepa



Projet – Cahier des charges de l'Ehpad centre de ressources territorial

L'[article L. 313-12-3 du code de l'action sociale et des familles](#), créé par [l'article 47 de la LFSS 2022](#), consacre une mission facultative pour les EHPAD « de centre de ressources territorial ». Le développement d'une mission de centre de ressources territorial vise à positionner l'EHPAD comme un facilitateur du parcours de santé en apportant un appui aux personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans un autre établissement ainsi qu'aux professionnels. L'enrichissement des missions des EHPAD est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge.

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront deux être menées **conjointement** par les EHPAD centres de ressources territoriaux :

1. Volet 1 – Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition ponctuelle d'expertise gériatrique, de ressources spécialisées ou de plateaux techniques) ;
2. Volet 2 – Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Le cahier des charges vise à préciser les attendus de la mission de centre de ressources territorial.

Voici les remarques de la FNADEPA sur ce projet de cahiers des charges.

INTRODUCTION

Globalement la Fédération reste dubitative pour les raisons suivantes :

- ✓ La rédaction du CDC est plutôt orientée « les Ehpad à la rescousse du domicile » alors que, sur le terrain, la première porte d'entrée des personnes âgées est les acteurs du domicile (services et résidences autonomie). De plus le volet 2 tel que présenté dans le projet de CDC liste des missions qui en principe devraient relever de la compétence des services autonomie avec si besoin un appui des Ehpad et non l'inverse comme cela semble être l'ambition (exemple : orientation vers des solutions de répit de l'aidant) ;
- ✓ La FNADEPA est favorable aux expérimentations et souhaite que les Ehpad disposent de plus de marge de manœuvre pour innover. Cependant il convient d'admettre que le timing est loin d'être idéal compte tenu de la fragilité de la quasi-totalité des structures en particulier en termes de RH. Cette opportunité semble assez lointaine pour beaucoup d'entre elles et le volet 1 sera difficilement réalisable ou bien, encore une fois, seuls les « gros » ehpad pourront se positionner et obtenir la dotation de 400 000€ ;
- ✓ Enfin, les orientations du cahier des charges laissent très peu voire plus de place aux résidences autonomie ce qui inquiète la Fédération.

S'agissant du contenu :

1. Le porteur du projet doit identifier « *les professionnels qui sont chargés de conduire la mission [...]* » : quels sont les métiers visés spécifiquement ?
2. Le critère de la présence effective d'un médecin coordonnateur pour au moins 0,4 ETP va forcément réduire le nombre de structures éligibles puisque beaucoup n'en disposent pas ;
3. Il est prévu dans un premier temps un seul Ehpad « centre de ressource territorial » par département. Comment va être priorisé « *le besoin du territoire* » ?
4. Sur le critère de la présence « *d'effectifs conséquents* » : ceci paraît compliqué ;
5. Dotation conséquente de 400 000 euros par an / Ehpad retenu. Il convient de confirmer que cette dotation est pérenne puisque la spécialité « centre de ressources » appelle la modification de l'autorisation de la structure. A ce titre, l'arrêté va-t-il préciser la zone d'intervention ?
6. Il faudrait que l'Ehpad « centre de ressources territorial » soit en tarif global.

VOLET 1 : ACTIONS DE L'EHPAD DANS SES MURS

1. Sur les actions conduites au sein des murs de l'EHPAD : certaines nous semblent intéressantes, d'autres difficilement réalisables ou encore peut-être pas du rôle des Ehpad ;
2. « Proposer des formations » → comment ? ;
3. « Plateaux techniques » → demande de précisions ;
4. Attention aux millefeuilles de dispositifs de coordination ;
5. « *Mettre à disposition des temps de professionnels de l'Ehpad pour se rendre sur demande dans un autre établissement, lorsque cela est possible* » : trop idéaliste ;

VOLET 2 : ACCOMPAGNEMENT RENFORCE AU DOMICILE

Globalement, le dispositif d'accompagnement renforcé au domicile n'est pas convaincant, parce que si certaines missions confiées à l'EHPAD « centre de ressources » nous semblent cohérentes, beaucoup d'autres en revanche viennent en substitution du domicile. Chacun doit être valorisé pour l'expertise qu'il peut apporter ce qui ne transparaît dans le document soumis. Il est important que chaque dispositif d'accompagnement reste à sa bonne place quand bien même la FNADEPA soutient le fait qu'un Ehpad puisse apporter un appui gériatrique.

L'une des motivations du dispositif est notamment de réduire le nombre d'interlocuteurs pour la personne âgée, en proposant par exemple de créer un modèle organisationnel de « *service complet* » (qui mériterait d'être précisé au domicile). Or, les futurs services autonomie poursuivent le même objectif. La Fédération constate donc un manque d'articulation dès l'origine.

1. Quid de la publication du décret sur l'HT qui nous semble essentiel à la bonne réussite de la mission « centre de ressources territorial » ? Quid également de la création des IPA ?
2. Les prestations optionnelles vont trop loin (exemple : jardinage), l'Ehpad n'est pas une agence de voyage ;
3. Vigilance particulière sur la coordination renforcée qui ne doit pas relever de la compétence de l'Ehpad « centre de ressources » ;
4. Demande de précisions sur la tarification au bénéficiaire ;
5. Sur la sortie du dispositif, il est prévu qu'il y a sortie lorsque le « *bénéficiaire change de lieu de vie pour une solution d'hébergement collectif* », l'entrée en résidence autonomie est-elle visée ?

Contribution de la FESP



En complément de l'avis adopté par le HCFEA qu'elle valide, la FESP spécifie les points suivants :

Sur le tarif plancher : la FESP est satisfaite de la mesure même si le tarif est en deçà du coût de revient des structures.

En effet, le tarif plancher est une mesure majeure qui vient palier les hétérogénéités de pratique dans les territoires. Néanmoins le montant de prise en charge minimum de 22 euros par heure est encore trop loin du coût de revient des services d'aide et d'accompagnement à domicile évalué en 2020 par la ministre en charge de l'Autonomie à 25 euros par heure. Il est donc important de prévoir une indexation annuelle de ce taux (sur base de l'inflation, hausse du smic, etc.).

En outre, il est constaté dans certains territoires que l'augmentation de ce montant de prise en charge a eu pour effet de baisser le volume d'heure des bénéficiaires faute d'une augmentation équivalente des plafonds. La FESP rappelle également le besoin de revaloriser les plafonds des plans d'aide afin de tenir compte des évaluations du tarif plancher.

Reste à charge

Hors contractualisation et tarification particulière à travers une habilitation, la FESP ne souhaite pas qu'il y ait un mécanisme de contrôle du reste à charge. Actuellement, la majorité des acteurs de l'aide à domicile ne sont pas tarifés, leurs bénéficiaires disposent donc de la prise en charge du conseil départemental dont le montant plancher a été fixé à 22 euros. Les structures n'ont pas d'autres choix, pour supporter leurs coûts fixes, promouvoir la qualité, l'innovation, la professionnalisation de leurs métiers que de facturer du reste à charge. Hors, publics bénéficiaires de l'aide sociale, et compte tenu

du tarif d'aide en vigueur, un encadrement du reste à charge conduirait à termes à un plafonnement de l'invitation et de la qualité.

Afin de ne pas créer de distorsion de prise en charge entre les acteurs, la FESP souhaiterait également qu'un tarif plancher spécifique soit arrêté pour les structures mandataires ainsi qu'un autre pour l'emploi direct.

Dotation complémentaire

La FESP regrette que cette dotation, dont l'application et le montant seront à la libre discrétion des départements, qui visait à promouvoir des actions de qualité, soit en réalité un moyen de compenser le coût du fonctionnement habituel, obligatoire et normal des services. Les critères d'intervention sur le territoire ou d'amplitude sont déjà des critères qui relèvent des exigences réglementaires des structures.

La FESP craint que les financements alloués par l'Etat de manière progressive, ne permettent pas avant plusieurs années à des structures de candidater à cette dotation.

En outre, le fait que des acteurs déjà engagés dans de précédents dispositifs similaires, bien que les objectifs ne soient pas les mêmes et les critères de sélection différents, soient éligibles de plein droit à la dotation sans passer par des appels à candidature est de nature à conforter les craintes de la FESP.

La FESP est favorable à une réévaluation de l'Apa et de la PCH à travers la revalorisation du tarif plancher.

La dotation qui vise à valoriser des actions complémentaires doit être différenciée du tarif plancher qui lui doit être indépendamment des dispositifs complémentaires a minima de 25 euros.

Un dispositif qui n'a pas vocation à être pérennisé et dont l'application n'est pas obligatoire et est soumis au libre choix des départements ne doit pas venir se substituer aux mesures attendues en matière de revalorisation de la prise en charge des bénéficiaires.

Ehpad centre de ressources territorial

La FESP qui n'a pas été concertée préalablement sur cette mesure désapprouve totalement les dispositions actuelles du projet de décret. La FESP ne comprend pas pourquoi les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont exclus du dispositif alors qu'ils peuvent tout à fait réaliser ces missions auprès de publics qui sont leurs bénéficiaires.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :
www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)
Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

