

Le Président

Madame Marisol TOURAINE
Ministre des Affaires sociales et de la
Santé
14, avenue Duquesne
75007 Paris

Réf. : CL/JPH/ML

Paris, le 18 OCT. 2012

 Madame la Ministre,

La sous-consommation dans la section « personnes âgées » de l'objectif de gestion délégué (OGD) de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) devrait atteindre, en 2012, 200 millions d'euros. Malgré cela, lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013, vous avez annoncé que 160 millions d'euros étaient prévus pour poursuivre le programme de médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le cadre de la généralisation de ce qu'il est convenu d'appeler la « pathossification ».

Les départements ne peuvent que se réjouir de ce renforcement des moyens réservés à la médicalisation des EHPAD, mais les 140 millions prévus en 2011 ne seront pas consommés ou le seront partiellement sur d'autres dispositifs... Il risque d'en être de même pour les crédits 2013.

Aussi, il conviendrait de mettre fin à une **situation que l'on peut qualifier sans exagération « d'absurde »**, sur laquelle j'ai vainement attiré l'attention de vos prédécesseurs depuis 2010.

En effet, si l'Etat peut librement décider d'améliorer la médicalisation des EHPAD et de dégager les financements nécessaires sur sa loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), il ne peut exiger par circulaires que les départements accompagnent cette médicalisation obligatoirement et mécaniquement en la complétant à hauteur de 30% sur l'APA en établissement.

Dans le contexte financier actuel, les départements ne peuvent pas prendre en compte cette charge induite sur l'APA en établissement ce qui a aussi pour effet d'accroître le ticket modérateur APA des résidents et donc leur « reste à charges » qu'il est pourtant indispensable de réduire.

Il faut souligner le paradoxe où, d'un côté l'Etat impose une dépense supplémentaire au titre de la dépendance et, d'un autre côté refuse la compensation des dépenses afférentes à la dépendance à 50% en accusant les départements de ne pas maîtriser leurs dépenses en la matière.

Afin de déconnecter la médicalisation « pathossification » des EHPAD et le financement de la dépendance, l'article 63 de la LFS 2009 a procédé à une nouvelle rédaction de l'article L.314-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) en particulier son 1°. Or, la publication du décret, qui doit être pris en application du nouvel article L.314-2 du CASF, accuse 4 ans de retard.

La « Pathossification » entraînant une augmentation des budgets soins dans le cadre des conventions tripartites dites de deuxième génération, l'objectif de la loi était de dispenser les départements de toute obligation d'accompagner cette médicalisation.

.../...

Si la jurisprudence du Conseil d'Etat confirme : *« alors même qu'une loi nouvelle renvoie à un décret, le pouvoir réglementaire n'est pas tenu de prendre un texte si le décret existant permet l'application de la disposition en cause »*, les décrets de 1999 et de 2001 ne permettent pas de mettre en œuvre les dispositions du nouvel article L.314-2 qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Il revient, en effet, à un nouveau décret de préciser comment passer des anciens tarifs journaliers à des forfaits globaux, les charges prises en compte dans ces forfaits globaux, le mode de calcul du GMPS, la prise en compte du PMP... éléments qui ne figurent bien évidemment pas dans les anciens textes réglementaires.

Depuis la loi du 21 juillet 2001 relative à l'APA, différents textes législatifs sur la décentralisation sont venus protéger les départements contre les risques de transferts de charges par l'Etat, ces derniers devant faire l'objet d'évaluation et de compensation. La décision de l'Etat de renforcer la médicalisation des EHPAD dans le cadre de leur « pathossification » ne doit donc pas entraîner de transferts de charges sur la dépendance qui est assumée par les conseils généraux. D'ailleurs, les projets de décret d'application de ce nouvel article L.314-2 soumis à la CCEN et au Conseil d'Etat prévoient une neutralité financière.

Contrairement à d'autres partenaires qui réclament de revenir sur le partage des aides soignants à 70% sur les soins et à 30 % sur la dépendance dans le cadre du financement de la dépendance, l'ADF demande uniquement la prise en charge par l'assurance maladie dans le cadre des conventions tripartites dites de deuxième génération et de « pathossification » des dépenses supplémentaires relatives à l'amélioration de la médicalisation.

Par circulaire, la DGCS demande aux ARS de signer des conventions tripartites de « pathossification » à la condition que le département accepte d'abonder à hauteur de 25 à 30% des crédits de médicalisation qu'elles apportent.

Les départements refusant de cofinancer cette médicalisation, les crédits de l'assurance maladie (140 millions d'euros en 2012 et 160 millions prévus sur le PLFSS 2013) ne sont pas consommés, ce qui permet à la CNSA d'être excédentaire et de nourrir les exigences de l'assurance maladie, de récupérer ces excédents et de les débaser du budget de la CNSA.

Il devient urgent de **mettre fin au cercle vicieux** :

- sous consommation de l'OGD de la CNSA ;
- reversement des crédits d'assurance maladie non consommés et débasage dans le budget de la CNSA ;
- transfert de charges sur les départements et les résidents.

Même si la sous consommation des crédits de la CNSA peut opportunément permettre de constituer un fonds d'urgence pour venir en aide aux départements en difficulté, ce qui est un juste retour compte tenu du fait que 54% de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), au lieu d'aller à la compensation de l'APA et de la PCH, vont renforcer l'ONDAM de l'assurance maladie.

A défaut de publier rapidement le décret qui a pourtant reçu l'avis favorable de la CCEN et a été examiné par le Conseil d'Etat fin 2009, il conviendrait qu'une circulaire aux ARS leur rappelle l'état du droit, à savoir :

« que les rémunérations et charges sociales et fiscales afférentes des aides soignants, des aides médico-psychologiques, des assistants de soins en gérontologie qui assurent la prise en charge des besoins en soins médico-techniques (Pathossification) mentionnés au 1^o de l'article L.314-2 du CASF sont entièrement

pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre du forfait global prévu à ce même 1°».

Il s'agit aussi de sécuriser les pratiques de certaines ARS qui, comme les anciennes DDASS, acceptent de prendre en charge 100% de la médicalisation « Pathos » en s'appuyant sur le guide juridique et financier du conventionnement dans les EHPAD de l'ADF qui est très apprécié par les départements, les ARS et les autres partenaires.

La réponse à cette question cruciale de la médicalisation « pathossification » sans transferts de charges sur les départements et les résidents relève soit de votre pouvoir réglementaire, soit d'instructions claires à vos services. Elle ne peut attendre la grande réforme de la perte d'autonomie en 2014.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes respectueux hommages.

Amicalement,



Claudy LEBRETON



Le Président

Madame Michèle DELAUNAY
Ministre déléguée auprès de la ministre
des Affaires sociales et de la Santé,
chargée des Personnes âgées et de
l'Autonomie
14, avenue Duquesne
75007 Paris

Réf. : CL/JPH/ML

Paris, le 18 OCT. 2012

Madame la Ministre.

La sous-consommation dans la section « personnes âgées » de l'objectif de gestion délégué (OGD) de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) devrait atteindre, en 2012, 200 millions d'euros. Malgré cela, lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013, vous avez annoncé que 160 millions d'euros étaient prévus pour poursuivre le programme de médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le cadre de la généralisation de ce qu'il est convenu d'appeler la « pathossification ».

Les départements ne peuvent que se réjouir de ce renforcement des moyens réservés à la médicalisation des EHPAD, mais les 140 millions prévus en 2011 ne seront pas consommés ou le seront partiellement sur d'autres dispositifs... Il risque d'en être de même pour les crédits 2013.

Aussi, il conviendrait de mettre fin à une **situation que l'on peut qualifier sans exagération « d'absurde »**, sur laquelle j'ai vainement attiré l'attention de vos prédécesseurs depuis 2010.

En effet, si l'Etat peut librement décider d'améliorer la médicalisation des EHPAD et de dégager les financements nécessaires sur sa loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), il ne peut exiger par circulaires que les départements accompagnent cette médicalisation obligatoirement et mécaniquement en la complétant à hauteur de 30% sur l'APA en établissement.

Dans le contexte financier actuel, les départements ne peuvent pas prendre en compte cette charge induite sur l'APA en établissement ce qui a aussi pour effet d'accroître le ticket modérateur APA des résidents et donc leur « reste à charges » qu'il est pourtant indispensable de réduire.

Il faut souligner le paradoxe où, d'un côté l'Etat impose une dépense supplémentaire au titre de la dépendance et, d'un autre côté refuse la compensation des dépenses afférentes à la dépendance à 50% en accusant les départements de ne pas maîtriser leurs dépenses en la matière.

Afin de déconnecter la médicalisation « pathossification » des EHPAD et le financement de la dépendance, l'article 63 de la LFS 2009 a procédé à une nouvelle rédaction de l'article L.314-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) en particulier son 1°. Or, la publication du décret, qui doit être pris en application du nouvel article L.314-2 du CASF, accuse 4 ans de retard.

.../...

La « Pathossification » entraînant une augmentation des budgets soins dans le cadre des conventions tripartites dites de deuxième génération, l'objectif de la loi était de dispenser les départements de toute obligation d'accompagner cette médicalisation.

Si la jurisprudence du Conseil d'Etat confirme : *« alors même qu'une loi nouvelle renvoie à un décret, le pouvoir réglementaire n'est pas tenu de prendre un texte si le décret existant permet l'application de la disposition en cause »*, les décrets de 1999 et de 2001 ne permettent pas de mettre en œuvre les dispositions du nouvel article L.314-2 qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Il revient, en effet, à un nouveau décret de préciser comment passer des anciens tarifs journaliers à des forfaits globaux, les charges prises en compte dans ces forfaits globaux, le mode de calcul du GMPS, la prise en compte du PMP... éléments qui ne figurent bien évidemment pas dans les anciens textes réglementaires.

Depuis la loi du 21 juillet 2001 relative à l'APA, différents textes législatifs sur la décentralisation sont venus protéger les départements contre les risques de transferts de charges par l'Etat, ces derniers devant faire l'objet d'évaluation et de compensation. La décision de l'Etat de renforcer la médicalisation des EHPAD dans le cadre de leur « pathossification » ne doit donc pas entraîner de transferts de charges sur la dépendance qui est assumée par les conseils généraux. D'ailleurs, les projets de décret d'application de ce nouvel article L.314-2 soumis à la CCEN et au Conseil d'Etat prévoyaient une neutralité financière.

Contrairement à d'autres partenaires qui réclament de revenir sur le partage des aides soignants à 70% sur les soins et à 30 % sur la dépendance dans le cadre du financement de la dépendance, l'ADF demande uniquement la prise en charge par l'assurance maladie dans le cadre des conventions tripartites dites de deuxième génération et de « pathossification » des dépenses supplémentaires relatives à l'amélioration de la médicalisation.

Par circulaire, la DGCS demande aux ARS de signer des conventions tripartites de « pathossification » à la condition que le département accepte d'abonder à hauteur de 25 à 30% des crédits de médicalisation qu'elles apportent.

Les départements refusant de cofinancer cette médicalisation, les crédits de l'assurance maladie (140 millions d'euros en 2012 et 160 millions prévus sur le PLFSS 2013) ne sont pas consommés, ce qui permet à la CNSA d'être excédentaire et de nourrir les exigences de l'assurance maladie, de récupérer ces excédents et de les débaser du budget de la CNSA.

Il devient urgent de **mettre fin au cercle vicieux** :

- sous consommation de l'OGD de la CNSA ;
- reversement des crédits d'assurance maladie non consommés et débasage dans le budget de la CNSA ;
- transfert de charges sur les départements et les résidents.

Même si la sous consommation des crédits de la CNSA peut opportunément permettre de constituer un fonds d'urgence pour venir en aide aux départements en difficulté, ce qui est un juste retour compte tenu du fait que 54% de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), au lieu d'aller à la compensation de l'APA et de la PCH, vont renforcer l'ONDAM de l'assurance maladie.

A défaut de publier rapidement le décret qui a pourtant reçu l'avis favorable de la CCEN et a été examiné par le Conseil d'Etat fin 2009, il conviendrait qu'une circulaire aux ARS leur rappelle l'état du droit, à savoir :

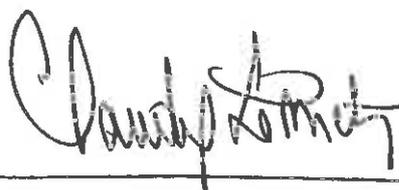
« que les rémunérations et charges sociales et fiscales afférentes des aides soignants, des aides médico-psychologiques, des assistants de soins en gérontologie qui assurent la prise en charge des besoins en soins médico-techniques (Pathossification) mentionnés au 1° de l'article L.314-2 du CASF sont entièrement pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre du forfait global prévu à ce même 1° ».

Il s'agit aussi de sécuriser les pratiques de certaines ARS qui, comme les anciennes DDASS, acceptent de prendre en charge 100% de la médicalisation « Pathos » en s'appuyant sur le guide juridique et financier du conventionnement dans les EHPAD de l'ADF qui est très apprécié par les départements, les ARS et les autres partenaires.

La réponse à cette question cruciale de la médicalisation « pathossification » sans transferts de charges sur les départements et les résidents relève soit de votre pouvoir réglementaire, soit d'instructions claires à vos services. Elle ne peut attendre la grande réforme de la perte d'autonomie en 2014.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes respectueux hommages.

Monsieur le Ministre



Claudy LEBRETON