



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-025P

Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales

RAPPORT

Établi par

Catherine HESSE

Vincent MAYMIL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Vincent le TAILLANDIER DE GABORY

Conseiller général des établissements de santé

- Février 2011 -

Synthèse

- [1] Cette mission relative aux conversions de structures hospitalières en structures médico-sociales s'inscrit dans le programme de travail de l'IGAS 2010. Elle s'attache à l'adaptation des capacités des établissements d'hébergement, condition de la fluidité des parcours individuels.
- [2] La conversion est une des modalités de la recomposition hospitalière. Elle se définit ici comme un processus de transformation d'une activité et d'un équipement hospitalier en une structure d'hébergement, plus particulièrement orientée vers les personnes âgées. L'objectif de cette opération est double : contribuer à adapter l'offre des deux secteurs aux besoins de prise en charge et améliorer l'efficacité hospitalière en réduisant la capacité des établissements de santé.
- [3] Cette question technique a une forte actualité. Les agences régionales de santé qui viennent de s'installer ont l'obligation, parmi leurs missions prioritaires, d'articuler deux secteurs traditionnellement cloisonnés. Par ailleurs, le débat s'engage sur le financement du cinquième risque et sur les marges de manœuvre du système. La méthode suivie a croisé les informations recueillies au niveau national et celles obtenues dans trois régions significatives¹ où les acteurs de dix opérations achevées ont été auditionnés.

LA PLACE LIMITEE DES CONVERSIONS.

- [4] Malgré des informations partielles, la mission a pu dresser le constat suivant.
- [5] L'enjeu des conversions en termes d'amélioration de la qualité des prestations et d'optimisation de la dépense publique ne prête pas à discussion pour les experts. Il existe un consensus sur l'utilité de ces opérations afin de réduire les inadéquations hospitalières et d'accompagner les fermetures d'activité de court séjour. En revanche, l'estimation exacte du potentiel de conversion, jugé globalement encore important, comme le chiffrage du gain économique envisageable, restent en l'état actuel incertains.
- [6] L'absence de suivi et d'évaluation des recompositions hospitalières a contraint la mission à s'appuyer pour l'essentiel sur la seule observation de la fongibilité, soit les flux budgétaires entre les différentes enveloppes de l'ONDAM ainsi que sur les observations relevées lors de l'enquête de terrain. Ces données convergent et permettent de dégager les conclusions suivantes :
- les transferts totaux entre les différentes enveloppes, et donc le nombre de conversions, représentent un volume très réduit par rapport à l'ONDAM (0,1% en 2010) ;
 - la majorité des transferts s'opère du sanitaire vers les personnes âgées (85% du total) mais pour l'essentiel au titre de la réforme des unités de soins de longue durée (94% de la fongibilité vers les personnes âgées). Cette réforme, en distinguant des catégories de prise en charge et de tarifs sans modifier les organisations hospitalières, a plus requalifié les services hospitaliers qu'opéré véritablement des reconversions en profondeur.
- [7] En définitive les transformations réelles concernent quelques redéploiements de service de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation vers les structures pour personnes handicapées.

¹ Aquitaine, Bretagne et Rhône-Alpes

- [8] Ainsi, le bilan des conversions est doublement paradoxal :
- le discours officiel met en avant l'intérêt de renforcer l'offre pour personnes âgées, mais aucune opération de ce type n'a été constatée au cours de cette enquête, l'essentiel des transformations concernant les structures pour personnes handicapées ;
 - les établissements appelés à ces reconversions devaient naturellement être les centres hospitaliers en perte d'activité or, dans les faits, les seuls opérateurs sont les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux locaux.

UN CONTEXTE DEFAVORABLE, DES FREINS MICROECONOMIQUES.

- [9] Le caractère exceptionnel et uniforme des conversions observées s'explique d'abord par l'environnement global. La mission a identifié trois freins majeurs :
- le cloisonnement institutionnel et culturel qui éloigne les autorités régulatrices et les opérateurs de ces deux secteurs ;
 - la priorité donnée par les hôpitaux aux conversions intra sanitaires par exemple en créant des services de médecine, de soins de suite et réadaptation, des équipes mobiles de gériatrie plutôt que des établissements d'hébergement ;
 - l'effet financier massif des plans nationaux (Solidarité-grand âge, Alzheimer) qui ont soutenu le développement de l'offre médicosociale contribuant à faire l'économie des conversions.
- [10] Par ailleurs l'examen détaillé de dix opérations a mis en lumière les exigences microéconomiques à remplir pour réussir ce type de projet :
- la décision de principe repose généralement sur un diagnostic d'inadaptation des prises en charge associée parfois aux difficultés de gestion. Mais l'élément déterminant est l'accord sur le financement de la nouvelle activité, notamment du département pour les projets cofinancés comme les EHPAD. La nature du dialogue entre l'Etat et le conseil général est donc centrale dans cette gestation qui conduit le plus souvent, de fait, à accroître la dépense et le nombre des emplois ;
 - le défi professionnel à relever est de passer d'un lieu de soin à un lieu de vie. L'adaptation des emplois et des compétences, la création d'un fonctionnement nouveau et d'une identité nouvelle résultent d'une démarche managériale de longue haleine conduite le plus souvent sans outils méthodologiques solides.

UNE QUESTION OUVERTE

- [11] La loi Hôpital, patients, santé et territoires a notamment pour ambition d'articuler les secteurs sanitaire et médicosocial. A cette fin, elle a rénové en profondeur le pilotage national et régional de l'Etat et de l'Assurance Maladie. La mission considère que ce dispositif en cours de déploiement présente une réelle opportunité pour relancer les conversions, du moins s'il est pleinement utilisé dans ce sens.
- [12] En effet, les ARS, en fusionnant les différentes administrations sanitaires et médicosociales déconcentrées permettent en principe la conduite d'une politique intégrée. Cette politique sera facilitée par des instances consultatives ouvertes aux représentants de deux milieux professionnels, par des instruments de planification unifiés et, enfin, par des relations plus contractuelles avec les établissements. L'action des administrations et agences nationales est maintenant coordonnée par une instance unique, le comité national de pilotage. Ce dernier doit assurer la cohérence des politiques régionales en passant, avec les ARS, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
- [13] Mais cette vision et la gestion globale de l'offre devront surmonter la tendance naturelle des services centraux à privilégier leurs objectifs sectoriels et la priorité donnée au rapprochement ville - hôpital, chantier concurrent financièrement et politiquement plus lourd et sensible.

- [14] La mission considère donc qu'il existe pour l'avenir un risque sérieux de maintien de l'immobilisme sur ce champ des conversions, du moins tant que l'intérêt à agir différemment et rapidement n'est pas partagé par l'ensemble des acteurs. Ce changement de perspectives peut se nourrir de deux constats : l'hôpital a encore des marges d'efficience et les besoins en hébergement pour personnes âgées et en places médicosociales ne sont pas tous couverts alors que les plans nationaux et leurs financements spécifiques vont s'achever.
- [15] La mission recommande d'impulser une politique de conversion de manière sélective en la ciblant sur les territoires où se rencontrent simultanément la nécessité de réduire les capacités hospitalières et le besoin d'augmenter l'offre en hébergement pour personnes âgées. Il doit s'agir d'opérations dont la masse critique doit être suffisante pour justifier un investissement important et sur une longue durée.
- [16] Pour que les intentions se transforment en réalité, il convient d'accompagner cette stratégie en mettant en œuvre les seize mesures préconisées. Au-delà des considérations techniques, ces conversions et les hommes qui les portent devront être soutenus à tous les niveaux.

LES RECOMMANDATIONS

- [17] Elles s'articulent autour de quatre priorités :
- **Améliorer la connaissance des conversions :**
 - diffuser une méthodologie d'évaluation des inadéquations (1) et organiser la traçabilité et l'évaluation des conversions au niveau régional et national (2) ;
 - dresser un bilan de la réforme des USLD, élargi au niveau de médicalisation des EHPAD (3, 4).
 - **Utiliser pleinement les outils mis en place par la loi HPST :**
 - pour faciliter le dialogue avec les conseils généraux, bien exploiter la commission de coordination pour la prise en charge et l'accompagnement médicosocial (9) et conforter la place des délégués territoriaux au sein des ARS (10) ;
 - garantir que les appels d'offre à projets médicosociaux seront ouverts aux conversions hospitalières (11).
 - **Définir une stratégie de conversion et faciliter sa mise en œuvre :**
 - élaborer par les acteurs centraux une stratégie de conversion formalisée par le comité national de pilotage (12) ;
 - engager les conversions lorsque des conditions techniques de faisabilité sont remplies (13) ;
 - laisser aux ARS une autonomie suffisante dans le pilotage (14) et décentraliser une partie des décisions de fongibilité (15) ;
 - demander à l'ANAP de fabriquer des référentiels et outils méthodologiques nécessaires (16) et orienter la politique d'investissement de la CNSA dans le sens d'une incitation aux conversions (6).
 - **Optimiser la gestion des projets :**
 - prévoir une coupe médicale avant toute conversion (5) ;
 - délivrer une information personnalisée aux usagers concernés par ces changements (7) ;
 - étudier le rapprochement des filières de formation et de carrière des directeurs d'hôpitaux et d'établissements médicosociaux (8).

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	9
1. DANS LA DYNAMIQUE DE LA RECOMPOSITION HOSPITALIERE, LES CONVERSIONS VERS LE MEDICOSOCIAL OCCUPENT UNE PLACE LIMITEE.	12
1.1. <i>Les conversions vers le médicosocial sont reconnues comme une piste pour améliorer l'efficacité de l'offre globale mais ne sont ni suivies ni évaluées.</i>	12
1.1.1. Les conversions sont une piste pour améliorer l'efficacité de l'offre globale.....	12
1.1.2. Les conversions sont difficiles à suivre et à évaluer.....	15
1.2. <i>La fongibilité entre les enveloppes de l'ONDAM régule financièrement les conversions sans pour autant les inciter.</i>	17
1.2.1. La fongibilité doit assurer les transferts de crédits entre les enveloppes de l'ONDAM.....	17
1.2.2. La fongibilité asymétrique n'a qu'une portée symbolique.	17
1.2.3. La fongibilité est plus un outil de gestion que d'incitation.	18
1.3. <i>Les conversions concernent pour l'essentiel des établissements et disciplines ciblés.</i>	19
1.3.1. La fongibilité profite surtout aux personnes âgées, mais essentiellement au titre de la réforme des USLD.	19
1.3.2. Les structures pour handicapés sont renforcées par les conversions en psychiatrie, soins de suite et réadaptation.	20
1.3.3. Les conversions dans les régions témoins confirment le bilan national.	21
1.3.4. Les hôpitaux locaux se situent au carrefour du sanitaire et du médicosocial.	23
1.4. <i>La réforme des USLD s'est traduite par une transformation massive de lits d'hébergement sans que ces transformations puissent être assimilées à des conversions de structures.</i>	23
1.4.1. La réforme visait à répartir les lits occupés entre structures sanitaires et médico-sociales en fonction du niveau de médicalisation requis.	24
1.4.2. Près de 39 000 lits représentant 55% du parc sanitaire ont été transférés au secteur médicosocial.	25
1.4.3. Des ajustements pourraient encore intervenir en fonction des résultats d'une prochaine appréciation des besoins.....	26
1.4.4. La réforme des USLD a davantage abouti à requalifier des capacités hospitalières qu'à véritablement convertir des structures.	26
1.4.5. La mission a noté que la réforme suscitait des commentaires et critiques suffisamment précis pour estimer devoir les relayer.	27
2. DANS UN CONTEXTE DEFAVORABLE, LES OPERATIONS DE CONVERSION ONT DU LEVER DE MULTIPLES OBSTACLES POUR SE CONCRETISER	29
2.1. <i>Un contexte qui est peu favorable aux conversions.</i>	29
2.1.1. Le cloisonnement institutionnel entre les secteurs ne stimule pas les redéploiements d'activités et de ressources.	29
2.1.2. Les hôpitaux ont privilégié les conversions internes.....	30
2.1.3. Les plans spécialisés ont soutenu le développement de l'offre médicosociale et ont contribué ainsi à faire l'économie des conversions.	32

2.2. <i>L'observation « micro » révèle la complexité et les limites de ces conversions.</i>	34
2.2.1. La décision de conversion repose généralement sur un diagnostic d'inadaptation d'activité associée parfois aux difficultés de gestion d'un établissement.....	36
2.2.2. La réalisation d'une conversion suppose d'obtenir un accord sur son contenu et sur son financement mais le bilan économique s'avère difficile.	38
2.2.3. La recherche de l'adhésion du personnel au changement d'activité est une condition nécessaire de réussite.	42
3. AU-DELA DES APPORTS DE LA LOI HPST, LE DEVELOPPEMENT DES CONVERSIONS RESTE UNE QUESTION OUVERTE POUR L'AVENIR.....	47
3.1. <i>La loi HPST présente des risques et des opportunités pour le développement des conversions hospitalières</i>	48
3.1.1. Le risque existe que les ARS ne considèrent pas l'articulation des secteurs sanitaire et médicosocial comme prioritaire.....	48
3.1.2. Le risque existe que les instruments de planification régionaux et départementaux ne soient pas utilisés pour favoriser les conversions.	52
3.1.3. Le risque existe que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et l'autorisation d'activité ne jouent pas un rôle efficace dans la mise en œuvre des conversions.....	55
3.1.4. Le risque existe d'un défaut de pilotage national des conversions.....	57
3.2. <i>La relance des conversions dépend d'autres facteurs clés.</i>	58
3.2.1. Les motifs pour développer les conversions restent d'actualité.	59
3.2.2. Des nouveaux leviers doivent être mobilisés.	60
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	63
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	65
SIGLES UTILISES	71
PIECE JOINTE N°1 : SOMMAIRE DU GUIDE DE LA MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE	75
PIECE JOINTE N°2 : FICHES ETABLISSEMENTS	79

Introduction

UNE MISSION INSCRITE AU PROGRAMME ANNUEL 2010 DE L'IGAS.

- [18] Le programme de travail 2010 de l'IGAS, élaboré fin 2009, a retenu comme priorité la réalisation d'enquêtes sur l'offre de soins aux personnes âgées. L'objectif est d'évaluer les dispositifs et de rechercher les moyens de réduire les volumes d'hospitalisation des personnes âgées, d'une part pour des raisons de qualité de service, d'autre part pour faciliter l'atteinte de l'ONDAM hospitalier.
- [19] A cette fin, l'IGAS a programmé la mission sur les conversions de structures hospitalières en structures médicosociales. Les membres de cette mission sont Catherine Hesse (IGAS), Vincent Le Taillandier (CGES), Vincent Maymil (IGAS) et Pierre Catuli (stagiaire Sciences-Po).
- [20] La présente mission, en retenant une approche focalisée sur les structures hospitalières d'un côté, et médicosociales de l'autre, prolonge les deux autres missions de l'IGAS, la fluidité du parcours de la personne âgée étant étroitement dépendante de l'offre disponible.

UNE MISSION PROLONGEANT LES RECENTS TRAVAUX SUR LES CONSEQUENCES DU VIEILLISSEMENT

- [21] Selon l'INSEE, le nombre de personnes de 75 ans ou plus devrait passer en France de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions² tandis que les centenaires passeraient de 15 000 en 2010 à 200 000 en 2060³.
- [22] Même si la priorité est donnée au maintien à domicile, la prise en charge de ce nombre fortement accru de personnes âgées nécessitera une adaptation sans précédent des structures sanitaires et médicosociales, adaptation dont le besoin est souligné dans plusieurs rapports établis ces dernières années, notamment par le Centre d'analyse stratégique⁴, la Cour des comptes⁵, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁶, le Sénat⁷ et l'Assemblée nationale⁸. Cette prise en charge est également au cœur de la réflexion en cours sur la dépendance et l'éventuelle création d'un 5^{ème} risque.
- [23] L'adaptation des structures sanitaires et médicosociales pourra prendre la forme de créations, d'extensions ou de transformations de structures, capacités ou services. S'agissant plus précisément des transformations de structures hospitalières en structures médicosociales :
- la commission dite « Larcher⁹ » préconise de « *favoriser le redéploiement de structures hospitalières en structures médicosociales* » ;

² INSEE Première n°1320 - octobre 2010.

³ INSEE Première n°1319 - octobre 2010.

⁴ Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix - CAS - juin 2006.

⁵ La prise en charge des personnes âgées dépendantes - Cour des comptes - Rapport annuel - février 2009.

⁶ « Vieillesse, longévité et assurance maladie » - HCAAM - avril 2010.

⁷ Rapports d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, présenté par Mr. Alain Vasselle - Sénat - juillet 2008 et janvier 2011.

⁸ Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, présenté par Mme. Valérie Rosso-Debord - Assemblée nationale - juin 2010.

⁹ Rapport final de propositions de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Mr. Gérard Larcher - avril 2008.

- le rapport précité du Sénat de Mr. A. Vasselle indique : « *Une première opportunité à saisir est celle de la restructuration de certains établissements hospitaliers en établissements médicosociaux... En effet, de nombreuses études montrent qu'une partie des lits occupés à l'hôpital le sont d'une manière inadéquate, notamment par des personnes âgées... la mission évalue à environ 30 000 le nombre de lits susceptibles d'être transférés du secteur court séjour hospitalier aux Ehpad¹⁰. Ceci se traduirait par un transfert de 200 à 300 millions d'euros de l'ONDAM sanitaire vers l'ONDAM médicosocial et par une économie nette d'environ un milliard d'euros pour l'assurance maladie* » ;
- la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », vise explicitement à les promouvoir dans son article 118 qui autorise formellement leur financement par transfert de crédits entre les sous-objectifs sanitaires et les sous-objectifs médicosociaux de l'ONDAM¹¹.

UNE MISSION CENTREE SUR LE PROCESSUS DE CONVERSION DES STRUCTURES SANITAIRES EN STRUCTURES MEDICOSOCIALES.

- [24] Les principales administrations concernées (DGOS, DGCS, DSS, CNSA, ANAP) ont dans un premier temps été interrogées de façon informelle quant à leurs attentes et à leurs préoccupations. Elles ont dans l'ensemble souligné l'intérêt du sujet, peu documenté sur le fond et sa forte actualité à un moment où :
- est définie la feuille de route des agences régionales de santé (ARS) et où ces dernières doivent concrètement organiser la transversalité entre les secteurs sanitaire et médicosocial ;
 - s'engage un débat national sur le financement de la dépendance.
- [25] **La conversion (ou « reconversion », qui est synonyme) telle que l'entend la mission dans le présent rapport, se définit comme étant une opération de transformation d'une structure sanitaire délivrant des soins en une structure médicosociale.** Une conversion est donc une des modalités de la recomposition de l'offre hospitalière. L'originalité de ce rapport est de s'attacher à une dimension peu explorée : le redéploiement de l'hôpital (incluant les établissements privés à but non lucratif) vers le médico-social, et plus particulièrement vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les Services de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) (qui ne sont pas des établissements) et les foyers-logements étant hors champ des conversions. Cette définition appelle deux commentaires.
- [26] La conversion constitue une forme de réingénierie du processus de prise en charge de la personne âgée en ce sens qu'elle vise à réinventer toute ou une partie de l'activité et de l'organisation de l'hôpital.
- [27] Il convient en outre, pour comprendre ce processus, de bien garder à l'esprit le fait qu'il s'inscrit dans une opposition, traditionnelle en France, entre :
- le secteur sanitaire - hôpital, médecine ambulatoire, professions de santé - qui est régulé essentiellement par l'Etat et est soumis aux dispositions du code de la santé publique (CSP) ;
 - le secteur médicosocial, qui recouvre l'ensemble des établissements destinés à accueillir des enfants (aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse...), des personnes âgées et des personnes handicapées, établissements dont la vocation sociale est prioritaire par rapport à la prise en charge sanitaire et qui n'emploient que très minoritairement du personnel médical. Ce secteur est largement décentralisé auprès des départements et communes et les dispositions qui le régissent figurent dans le code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹⁰ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

¹¹ « *En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médicosociales* ».

- [28] Les enjeux des conversions sont donc de deux ordres ; il s'agit :
- de contribuer à adapter l'offre des deux secteurs - sanitaire et médico-social - aux besoins de prise en charge des personnes âgées ;
 - de façon plus générale, d'améliorer l'efficacité hospitalière par une réduction des surcapacités hospitalières et des inadéquations de prise en charge.

UNE MISSION CROISANT LES INFORMATIONS OBTENUES AU NIVEAU NATIONAL AVEC LES RESULTATS D'UNE ENQUETE DANS TROIS REGIONS.

- [29] Pour conduire son étude, la mission a croisé les informations qu'elle a obtenues au niveau national auprès des administrations centrales, établissements, agences, fédérations, institutions et experts impliqués dans les politiques de prise en charge des personnes âgées avec des données qu'elle a recueillies directement dans trois régions d'importance significative - Aquitaine, Bretagne, Rhône-Alpes - en rencontrant les responsables de chaque ARS et les acteurs de 15 opérations de recombinaison de l'offre sanitaire.
- [30] Dans ses investigations, la mission s'est heurtée à trois difficultés méthodologiques :
- les conversions du secteur sanitaire vers le secteur médico-social, comme les recombinaisons hospitalières en général, ne font l'objet d'aucun suivi national. Pour identifier des conversions, la mission a donc dû passer par deux voies : elle a d'une part demandé aux ARS de lui sélectionner des opérations correspondant à la définition des conversions ; elle a d'autre part isolé les opérations ayant donné lieu à transférabilité financière, c'est-à-dire en l'espèce à des transferts de crédits entre l'un des sous-objectifs sanitaires et le sous-objectif médico-social de l'ONDAM ;
 - la récente disparition des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) n'a pas facilité l'obtention de données régionales sur un sujet - les conversions - qui était peu « visible » avant que la création des ARS et la loi HPST ne viennent institutionnaliser l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social et unifier leur pilotage ;
 - les données disponibles dans les trois régions visitées, pourtant importantes en terme d'offre sanitaire et médico-sociale, ne font apparaître que quelques très rares cas récents de conversions de structures hospitalières en structures médico-sociales pour personnes âgées, alors que les conversions en structures médico-sociales pour personnes handicapées sont nombreuses et récentes.
- [31] Faute de données disponibles tant au niveau national que régional, et dans un contexte de montée en charge des ARS qui interdisait à la mission d'imposer à leurs équipes récemment constituées de s'engager dans des travaux d'archéologie administrative, la mission, après échanges avec les responsables des ARS, leur a donc demandé de lui sélectionner et de lui présenter chacune 5 opérations récentes de conversion ayant donné lieu à transférabilité budgétaire, si possible en faveur du sous-objectif médico-social personnes âgées.
- [32] Parmi les quinze opérations de conversion sélectionnées par les ARS, il est apparu que :
- 10 correspondaient à des transformations de structures sanitaires, essentiellement psychiatriques, en structures médico-sociales pour personnes handicapées (FAM¹², MAS¹³) ;
 - 4 opérations étaient liées à la réforme, pilotée par le niveau national, des unités de soins de longue durée (USLD), réforme ayant consisté à convertir, entre 2006 et 2010, plus de la moitié des places d'USLD existantes en places d'EHPAD ;
 - une des conversions proposées était en réalité infra-sanitaire.

¹² Foyer d'Accueil Médicalisé.

¹³ Maison d'Accueil Spécialisée.

- [33] L'analyse de ces 15 opérations a permis à la mission de préciser quelles sont celles que l'on peut véritablement qualifier de « conversions » - au nombre de 10 - et, de façon générale, de cerner les facteurs favorables ou les obstacles à ces dernières.
- [34] La méthode d'identification des 15 opérations initiales de reconstitution puis de sélection des opérations de conversion retenues pour l'analyse ne prétend en aucun cas avoir une valeur statistique : ces opérations sont à considérer comme des cas d'étude significatifs mais non représentatifs.

- [35] Ce rapport présente successivement, en trois parties :
- un diagnostic : les conversions occupent une place limitée dans l'ensemble des reconstitutions hospitalières ;
 - une analyse : dans un contexte défavorable, les opérations de conversion ont dû lever de multiples obstacles pour se concrétiser ;
 - une perspective pour l'avenir : au-delà des apports de la loi HPST, le développement des conversions restent une question ouverte.

1. DANS LA DYNAMIQUE DE LA RECOMPOSITION HOSPITALIERE, LES CONVERSIONS VERS LE MEDICOSOCIAL OCCUPENT UNE PLACE LIMITEE.

1.1. Les conversions vers le médicosocial sont reconnues comme une piste pour améliorer l'efficience de l'offre globale mais ne sont ni suivies ni évaluées.

1.1.1. Les conversions sont une piste pour améliorer l'efficience de l'offre globale.

1.1.1.1. Il existe un consensus sur la nécessité de ces conversions.

- La réduction des inadéquations hospitalières.

- [36] Un accord s'est progressivement dégagé parmi l'ensemble des acteurs, professionnels et experts, en France comme dans les principaux Etats européens¹⁴, sur l'existence de journées et d'admissions d'hospitalisation non appropriées, notamment pour des personnes âgées. Le déficit de structures d'accueil en aval explique en partie cette situation et a conduit à proposer des reconversions du sanitaire au médico-social. Elles devaient ainsi améliorer la qualité de la prise en charge des patients et réduire le coût jugé excessif de l'hospitalisation.

- [37] « *Des redéploiements importants sont possibles entre l'enveloppe hospitalière et l'enveloppe médicosociale, via la reconversion de lits hospitaliers occupés par des personnes âgées dépendantes qui seraient alors prises en charge dans un milieu mieux adapté à leurs besoins spécifiques et moins coûteux unitairement pour la collectivité* », selon le rapport « Scénario du libre choix » à l'origine du plan Solidarité grand âge (2006).

¹⁴ « Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières-synthèse de la revue bibliographique » - SANESCO-DHOS - octobre 2009 - document de travail non publié.

- [38] « Favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une offre d'aval adaptée, le redéploiement de l'offre vers le moyen séjour et le médicosocial » est la première recommandation de la commission Larcher¹⁵ (2008), une des sources de la loi Hôpital, patients, santé et territoires.
- [39] Enfin plus récemment, selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2010)¹⁶, « Il s'agit de mobiliser une partie de l'existant pour le faire évoluer sans y voir une forme de perte de prestige ou de qualification, vers une offre hospitalière diversifiée et vers une offre médicosociale à la fois plus complète (à domicile et en établissement) et plus dense ».
- [40] Plus globalement, la dynamique de la recomposition hospitalière, y compris dans sa dimension médicosociale, est maintenant acceptée, voire préconisée, par les principales fédérations hospitalières. Comme la mission a pu le constater lors de ses entretiens, la Fédération Hospitalière de France (FHF) est conduite par un souci de réalisme ; la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés à but non lucratif (FEHAP) bénéficie, pour sa part, de son expérience globale du champ social.
- L'accompagnement des fermetures d'activité de court séjour.
- [41] Des seuils d'activité de plus en plus exigeants s'imposent aux maternités et services de chirurgie, les contraignant parfois à cesser leur activité. Ainsi le code de la santé publique¹⁷ n'autorise que les activités obstétricales supérieures à trois cents accouchements par an. La FHF préconise un niveau annuel de mille naissances¹⁸ pour des motifs autant économiques que de qualité des soins. En chirurgie, le rapport Vallancien¹⁹ fixait en 2006 le plancher d'activité à 2000 interventions annuelles par établissement. Le projet de décret relatif à la condition d'implantation applicable aux activités de soins arrête un niveau minimum de 1500 séjours avec intervention chirurgicale.
- [42] Dans son discours de présentation de la loi HPST du 22 octobre 2008, Mme Bachelot, ministre de la santé, déclarait : « *Par exemple, pour accompagner le vieillissement dans notre pays, il est indispensable de reconvertir des lits de court séjour en lits et places de long séjour, notamment médicosociaux. Menée depuis Paris, cette reconversion est vouée à l'échec ; menée territorialement, elle réussira* ».
- [43] Dans une logique d'aménagement du territoire, de maintien des équilibres sociaux, ces fermetures de services sont pilotées avec un souci constant de compensation par la création simultanée de nouvelles activités. Elles se justifient par la nécessité de répondre à un besoin jusqu'alors non couvert, mais aussi de garantir le maintien d'emploi qualifié au niveau du territoire. Ainsi, lors du conseil des ministres du 5 janvier 2011, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, soulignant la profonde évolution de l'offre de soins depuis 2007, notait que cette adaptation a concerné 42 établissements de santé publics et privés à but non lucratif : « *Des reconversions ont été réalisées, le plus souvent au profit des activités de soins de suite ou de prise en charge des personnes âgées* ».

¹⁵ Commission de concertation sur les missions de l'hôpital - Rapport Larcher - 2008.

¹⁶ « Vieillesse, longévité et assurance maladie » - Avis du HCAM - 22 avril 2010.

¹⁷ Article R 6123-50 du CSP.

¹⁸ Atlas hospitalier et médicosocial de la FHF - 2007-2008.

¹⁹ « Evaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France » - avril 2006.

1.1.1.2. Le potentiel de conversion est sans doute important mais son chiffrage reste incertain.

- La mesure du taux d'inadéquation.

[44] La littérature internationale sur la mesure économique des inadéquations hospitalières est récente. En France, la première étude nationale date de 2004²⁰, elle concluait à des taux d'inadéquation élevés, de 9 à 31% pour les admissions, environ 25% pour les journées, mais sur un échantillon restreint. Des enquêtes régionales ont confirmé depuis cet ordre de grandeur. En 2009, la DGOS a lancé une étude pour actualiser les données, déterminer les inadéquations évitables et l'impact économique de leur réduction. Elle n'est pas achevée mais, à partir des résultats provisoires, deux tendances se dégagent²¹ :

- l'inadéquation²² se réduit mais reste significative avec un taux de séjour inadéquat à 13,4% et un taux de lits occupés inadéquats à 11,4% ;
- le déficit de structures d'hébergement pour personnes âgées (cf. tableau ci-dessous) explique près d'une inadéquation sur cinq (19,3% sur un échantillon large comportant médecine et chirurgie, 22,8% sur la seule médecine).

Tableau 1 : Facteurs explicatifs des inadéquations journées²³ (en %)

Nature du déficit	Inadéquation sur un échantillon de médecine et chirurgie	Inadéquation en médecine
SSR	46 %	38,6 %
Hébergement personnes âgées	19,3 %	22,8 %
Domicile avec aide	31,9 %	35,8 %
Autres	3,1 %	2,8 %

Source : enquête DGOS sur les inadéquations en cours.

- L'évaluation du gain financier potentiel.

[45] L'évaluation des économies entrainées par la réduction des inadéquations participe directement au débat sur l'efficacité hospitalière et sur l'importance de l'adaptation attendue des structures hospitalières. Ceci explique l'attention qui doit être portée aux questions de méthode²⁴. Dans le cadre de la revue générale des politiques publiques (RGPP), une estimation rapide a été conduite²⁵ : sur la base de la suppression des lits occupés par des inadéquations en médecine et psychiatrie, la réduction des frais de personnel représenterait 1,2 Mds€ en partie compensée par les dotations supplémentaires sur les structures aval de 500 M€, soit un gain net potentiel de 700 M€. L'étude reconnaît que malgré les précautions prises (hypothèse basse sur les inadéquations, moyenne sur les coûts), cette économie pourrait être revue à la baisse du fait de l'augmentation des coûts sur les services renforcés et l'absence de réduction effective de lits en médecine et psychiatrie. De plus, au niveau des établissements de santé eux-mêmes, la question de l'impact des conversions se pose, comme nous le verrons plus loin, en des termes très différents.

20 « Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé » - CCECQ/ANAES - 2004.

21 Comité de pilotage du 5 novembre 2010. L'échantillon est de 2790 séjours, limités à la médecine et à la chirurgie.

22 Un patient est considéré en situation inadéquate quand son admission ou son séjour (journée) est non pertinent car il ne répond pas aux critères médicaux exigés ou du fait de l'existence d'une alternative médicale ou médicosociale.

23 Sur 326 fiches d'inadéquation journées, dont 254 en médecine.

24 Voir note interne DHOS du 15/11/2007 qui souligne que: le chiffrage des économies doit s'opérer sur la seule partie des séjours évitables, il faut donc écarter les inadéquations dites frictionnelles imputables à des procédures et délais incompressibles. En recettes les tarifs à prendre en compte correspondent par définition aux groupes homogènes des patients les moins aigus, les plus concernés par les inadéquations, en dépenses les coûts retenus sont les coûts marginaux. Les coûts supplémentaires générés par le renforcement de la capacité et de l'encadrement des structures aval, les dépenses d'accompagnement de la conversion doivent être établis pour dégager véritablement un gain net.

25 « Restructurations de l'offre hospitalière avec compensation » - Note RGPP, non publiée – 15 avril 2008.

- [46] Malgré ces obstacles méthodologiques, ces conclusions se sont imposées comme un ordre de grandeur de référence. Elles ont été reprises par le sénateur A. Vasselle²⁶ et par J. Attali²⁷ : « *Les ARS devront élaborer une carte globale de l'accès aux soins. Cette cartographie devra conduire à corriger les inadéquations de prise en charge et à la fermeture de services situés sous les seuils d'activité, en reportant leur activité sur les services et structures les plus efficaces de chaque région. Cette meilleure adéquation de l'offre représente un potentiel considérable d'économies pour l'assurance maladie* ».
- [47] A long terme, l'effet de ces restructurations serait puissant en évitant des investissements de plateau technique et d'unités hospitalières non indispensables. Une étude récente de la DREES a montré que, sans changement organisationnel ou comportemental, l'impact du vieillissement sur le fonctionnement hospitalier serait majeur avec une progression des séjours de 24% entre 2004 et 2030. Par contre, le scénario le plus volontariste (développement de l'ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile et des établissements pour personnes âgées dépendantes) aboutirait à une réduction de 20% des lits d'hospitalisation complète. Selon les auteurs : « s'il apparaît possible de contenir le nombre de lits MCO28, cela suppose un redéploiement, qui n'a pas été chiffré, des lits installés dans les structures d'aval »²⁹.
- [48] En conclusion, s'il y a un accord sur l'avantage à attendre des conversions en termes de qualité des prestations et d'optimisation de la dépense publique, par contre, le chiffrage des économies au niveau national reste aléatoire.

Recommandation n°1 : La DGOS doit diffuser aux ARS, à partir de l'enquête en cours, une méthodologie nationale d'évaluation des inadéquations (en médecine et chirurgie) et l'élargir aux soins de suite et réadaptation.

1.1.2. Les conversions sont difficiles à suivre et à évaluer.

1.1.2.1. Les conversions hospitalières s'inscrivent dans le contexte général des recompositions hospitalières.

- [49] Le diagnostic³⁰ posé en 2008 par la Cour des comptes reste d'actualité. Si les restructurations hospitalières sont toujours un « objectif prioritaire national », leur suivi et évaluation se heurtent à des obstacles techniques mais également politiques. La terminologie imprécise, son contenu variant selon les acteurs, l'absence d'outil de suivi (l'atlas de la recomposition géré par la DGOS étant interrompu depuis 2006) et, enfin, une certaine timidité à afficher une stratégie globale de réorganisation se conjuguent pour rendre difficile leur mise en œuvre et leur suivi.

²⁶ Voir supra.

²⁷ Commission pour la libération de la croissance française » - Rapport Attali - 2009.

²⁸ Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

²⁹ « L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 » - Etudes et résultats - DREES - Août 2008.

³⁰ « La Sécurité sociale » - Rapport Cour des comptes - 2008.

[50] Cependant, des études externes à l'administration ont permis d'identifier les fortes transformations du paysage hospitalier français. Par exemple, en 2009, DEXIA³¹ révélait que deux établissements sur trois ont été impliqués, entre 1995 et 2000, par une opération de recomposition soit interne (fermeture, augmentation ou réduction d'activité qualifiée de conversion), soit en partenariat avec une autre structure. En 2006, la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de centre hospitalier conduisait une enquête³² sur les conséquences de 88 opérations de fermeture de maternités et chirurgies publiques (45% réussissant à maintenir, voire à développer leur activité et leurs effectifs en créant des lits de soins de suite et de réadaptation). Mais ces études se limitent au champ MCO.

1.1.2.2. Les conversions vers le médicosocial sont particulièrement peu documentées.

[51] Au niveau national, et dans une moindre mesure en régions, la connaissance des recompositions affectant simultanément le sanitaire et le médicosocial est également médiocre.

[52] Si l'offre une fois recomposée peut être décrite facilement, il n'en va pas de même de l'opération de conversion, mode opératoire complexe faisant appel à de multiples acteurs et procédures, étalé dans le temps long. Ainsi le dernier tableau général des établissements d'hébergement pour personnes âgées établi par la DREES³³ se limite, en termes de capacités, à comparer les évolutions de places installées entre 2003 et 2007 par catégories de structures (logements-foyers, maisons de retraite, USLD) sans expliciter le contenu de ces transformations. Dans les trois régions visitées, la mission a constaté qu'il n'existait pas de bilan de ces évolutions mais des informations partielles dans « l'analyse de l'offre en santé en Bretagne » et dans les notes préparées à la demande de la mission en Aquitaine et Rhône Alpes.

[53] Les motifs de ce déficit sont multiples. L'inventaire du redéploiement entre deux champs de l'offre sanitaire et médicosocial implique de mobiliser plusieurs administrations et agences traditionnellement cloisonnées au niveau national et régional. Mais l'explication principale de ce désintérêt vient sans doute du caractère jugé relatif du sujet dans la hiérarchie des priorités administratives, à la différence des plans nationaux spécifiques (Grand Age, Alzheimer...) donnant lieu à un suivi rigoureux et des revues et communications régulières.

[54] Ces conversions, sans objectifs affichés, se réalisent au fil de l'eau ; elles ne donnent pas lieu à de véritables bilans. Aucune ressource n'est par ailleurs affectée à ce suivi.

Recommandation n°2 : Assurer la traçabilité et l'évaluation des opérations de conversion au niveau des ARS et au niveau national³⁴.

³¹ « 10 ans de recompositions hospitalières en France » - Dexia-La nouvelle fabrique des territoires – 2009.

³² « Les fermetures de chirurgie et de maternité publiques en France » - Conférence des présidents de CME de CH, 2006.

³³ « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 » DRESS - Etudes et résultats - mai 2009.

³⁴ Le Ministre du travail et de la santé a demandé la réactivation de l'observatoire national des recompositions hospitalières lors du conseil des ministres du 5 janvier 2011.

1.2. La fongibilité entre les enveloppes de l'ONDAM régule financièrement les conversions sans pour autant les inciter.

1.2.1. La fongibilité doit assurer les transferts de crédits entre les enveloppes de l'ONDAM.

[55] Afin de conserver une fluidité nécessaire entre les différentes enveloppes de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), la loi de financement de la sécurité sociale a prévu la possibilité de transférer des crédits de l'une à l'autre, à deux conditions :

- la modification technique et juridique de l'activité et des autorisations ;
- le changement d'enveloppe financière³⁵.

[56] Cette technique doit respecter une stricte neutralité, ces écritures de transfert ne devant pas conduire au final à une augmentation de la dépense de l'assurance maladie. Le mécanisme régulé directement par l'administration centrale permet des flux dans les deux sens (entrée ou sortie) entre les différentes enveloppes³⁶ de l'ONDAM :

- l'objectif des dépenses de soins de ville (ODSV) ;
- l'objectif des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité, soit la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) ;
- l'objectif de dépenses de l'assurance maladie (ODAM), soit la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation anciennement financés par la dotation globale, les activités des hôpitaux locaux et les unités de soins de longue durée (USLD) ;
- la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées et en établissements et services pour personnes handicapées au titre de l'objectif de gestion des dépenses (OGD).

[57] A contrario, la fongibilité ne retrace pas les conversions effectuées au sein de la même enveloppe comme par exemple l'ODMCO à l'occasion de la transformation d'un service de chirurgie en médecine, ou de cardiologie en médecine gériatrique.

1.2.2. La fongibilité asymétrique n'a qu'une portée symbolique.

[58] La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST) introduit sous forme d'un amendement parlementaire (art 118) le principe de fongibilité asymétrique³⁷. Cette disposition garantit au secteur médicosocial le maintien de ses crédits. A l'occasion d'une conversion d'activité, le transfert ne peut fonctionner que dans un sens, du sanitaire vers le médicosocial. De plus les nouveaux services bénéficieront, selon la loi, « du financement alloué aux établissements et services médicosociaux qui fournissent des prestations comparables ». L'objectif de cet amendement parlementaire était de rassurer les professionnels médico-sociaux inquiets par la mise en place d'un pilotage régional unifié de l'offre. Quelles sont les conséquences de ce régime particulier ?

³⁵ Dans la loi de financement de la SS du 18 décembre 2003 (art 33) modifiée par la loi du 28 décembre 2004 (art 28), la fongibilité se définit comme « Les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médicosociales se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité ».

³⁶ Qui incluent des dotations comme les opérations affectant la dotation nationale de financement des missions générales et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les opérations réalisées dans le cadre de la réforme tarifaire des EHPAD (opération de sincérité des comptes).

³⁷ Voir l'art. L. 1434-13 CSP : les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 (OGD) et L. 314-3-2 (médicosocial) du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 (handicapés, personnes âgées) ou L. 314-3-3 du même code. En cas

- [59] L'interprétation critique percevra dans cette disposition, qualifiée de défensive, une rigidité supplémentaire dans un système déjà très cloisonné. Elle risque de décourager les initiatives de fongibilité sans possibilité de retour en arrière. A contrario certains ont vu un accélérateur potentiel préfigurant « *une déferlante médicosociale* » et une véritable menace pour le secteur sanitaire³⁸. En définitive, cette disposition ne serait elle pas seulement symbolique, sans effet réel, la fongibilité étant de fait, déjà à sens unique ?

1.2.3. La fongibilité est plus un outil de gestion que d'incitation.

1.2.3.1. Une procédure sous contrôle étroit

- [60] Le dispositif vise à permettre à l'administration centrale de s'assurer « *de la cohérence, de l'opportunité des opérations et de la neutralité des dépenses de l'assurance maladie* »³⁹. Il est organisé par voie de circulaire théoriquement annuelle. Pour chaque opération, dès le premier euro, l'accord express de la DGOS, de la CNSA et de la DSS est indispensable pour obtenir que les crédits suivent les autorisations. Le dossier justificatif présenté par l'ARS doit démontrer la pertinence et la régularité du projet (réduction de capacité, nouvelle autorisation, arrêtés de partition) et chiffrer le montant à transférer. Celui-ci est déterminé à partir du coût de l'activité fermée (case mix et données PMSI pour le MCO) et de celle de la nouvelle production « *en tenant compte du financement alloué aux établissements et services médicosociaux qui fournissent des prestations comparables* ».
- [61] Les coûts de fonctionnement moyens annuels de référence par place ou lit, supportés par l'assurance maladie et utilisés par les administrations centrales et la CNSA en 2011, sont les suivants :
- EHPAD conventionné, tarifé en GMPS : 12 500 €;
 - FAM : 22 900 €;
 - MAS : 77 800 €
- [62] Deux situations principales se présentent selon la circulaire précitée :
- la transformation destinée à mettre en adéquation la structure et la population entraîne un transfert total des financements initiaux dans la mesure où leur évaluation ne s'éloigne pas des ratios habituels de la nouvelle activité ;
 - la fermeture d'activités de court séjour pouvant se traduire par un déport vers d'autres établissements conduit à un transfert d'un montant qui ne doit pas être supérieur à 50% des recettes de l'activité en question.
- [63] La décision de l'administration centrale permet l'ajustement des enveloppes nationales et régionales à un rythme semestriel⁴⁰. Au total, l'examen national inter-directions de chaque dossier dans sa finalité, comme sur son montant, limite toute dérive financière lors des transferts d'activité. Au niveau local, la fongibilité garantit l'accompagnement (partiel) des projets en assurant que les financements suivent les autorisations.

de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2 (OQN), L. 162-22-9 (ODMCO) et L. 174-1-1 (ODAM) du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 (OGD) et L. 314-3-2 (médicosocial hors CNSA) du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

³⁸ « La déferlante médicosociale menace le sanitaire » Décision santé, octobre 2010.

³⁹ Circulaire DHOS/F2/DSS1A/DGAS/5C/DGAS/2C/DNSA/2009/373 du 14 décembre 2009 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médicosociaux.

⁴⁰ Depuis 2009, le calendrier de saisine dans le système d'information dit Arbust prévoit deux périodes de remontée : avant le 15 juin et le 31 octobre pour prendre en compte les modifications des enveloppes régionales à l'occasion de la deuxième circulaire tarifaire de l'année N-1 et première circulaire de l'année N.

1.2.3.2. Une gestion bureaucratique.

- [64] La démarche consiste à vérifier les conséquences financières du projet dont la décision de principe a été déjà prise au niveau local. L'étape fongibilité conditionne sa mise en œuvre. Intervenant tardivement, elle peut, dans le cas exceptionnel de refus⁴¹, contraindre à des ajustements difficiles sur le terrain.
- [65] La procédure ne permet pas une appréciation qualitative des projets ni un véritable dialogue avec les acteurs locaux (gestionnaires d'établissements comme l'ARS) ouvrant, si nécessaire, à des ajustements, l'échange se faisant en grande partie par voie électronique. La véritable négociation se déroule parallèlement lors de la programmation annuelle du PRIAC qui fixe les opérations financées lors de l'exercice ainsi que la combinaison dans les plans de financement entre les mesures nouvelles (PRIAC) et la part financée par la fongibilité.
- [66] Enfin, la consolidation des données est simplifiée. Elle se résume en un tableau annuel qui retrace les différents flux financiers (entrée-sortie) au niveau national et régional, en individualisant les opérations concernées. Une extraction est opérée pour chaque région qui peut par ailleurs accéder aux informations d'Arbust. Si cette information est partagée entre les directions centrales, elle reste brute, sans interprétation. Il s'agit d'un baromètre passif mais non d'un tableau de bord permettant de suivre une politique.
- [67] Conçue comme une procédure de régulation financière, la fongibilité n'a pas comme résultat de stimuler ces transformations ni d'aider les acteurs à réussir des reconversions. Pour l'avenir, on peut s'interroger sur l'intérêt de maintenir, dans son principe comme dans ses modalités, ce mécanisme qui a concerné en 2010 au total 64 opérations majoritairement de faible ampleur.

1.3. Les conversions concernent pour l'essentiel des établissements et disciplines ciblés.

- [68] L'inventaire des conversions est établi ici depuis 2006⁴² à partir du tableau national de la fongibilité. Les opérations réalisées dans les trois régions témoins seront ensuite détaillées.

1.3.1. La fongibilité profite surtout aux personnes âgées, mais essentiellement au titre de la réforme des USLD.

- [69] Ce tableau retrace depuis 2006 les mouvements budgétaires au titre de la fongibilité.

Tableau 2 : Tableau des montants et de la structure de la fongibilité (en M€)

	Objectif sanitaire vers PA	Objectif sanitaire vers PH	Montant total des opérations de fongibilité	% des opérations de transferts du sanitaire vers le médico-social au regard des montants totaux de transferts (tous champs)
2006	94,9	15,5	114,7	96,0 %
2007	60,1	21,2	84,3	96,0 %
2008	103,3	8,3	142,1	79,0 %
2009	259,6	7,6	298,0	90,0 %
2010	267,0	16,2	284,0	99,7 %
Total	784,9	68,8	923,1	92,0 %

Source : Tableaux Foret- Arbust

⁴¹ En 2009, dernière année de la partition des USLD, 324 dossiers sur 343 ont été validés, soit 5 % de rejet.

⁴² A partir des informations transmises par la CNSA.

[70] Globalement, les transferts totaux entre enveloppes représentent un volume réduit en valeur relative. Ainsi, en 2010, 284 M€ sont concernés pour un montant global de l'ONDAM de 162,4 Mds€ soit 0,17%. A titre de comparaison, les seules mesures nouvelles prises au titre du PLFSS 2010 pour le sous-objectif des personnes âgées s'établissaient à 550 M€

[71] Pour la période 2006-2010, l'essentiel de la fongibilité (92%) s'opère du champ sanitaire au champ médico-social, soit 853,7 M€ pour un total transféré de 923,1 M€. Les mouvements inverses (du médicosocial au sanitaire) ou internes au secteur sanitaire (entre le secteur MCO et les soins de suite, la psychiatrie) sont exceptionnels (8%). De fait, la fongibilité est déjà asymétrique. Au sein du médicosocial, 92% soit 784,9 M€ bénéficient aux personnes âgées, 8% au secteur des personnes handicapées soit 68,8 M€

[72] Apparemment, les conversions de l'hôpital vers le champ des personnes âgées sont importantes, du moins en valeur relative. Quel en est le volume exact ?

Tableau 3 : Evolution transferts du sanitaire vers OGD PA (En M€)

	Objectif ODAM USLD vers OGD PA	Objectif ODAM hors USLD vers OGD PA*	Objectif ODMCO vers OGD PA	Somme des transferts du sanitaire vers OGD PA ⁴³	% des opérations de transferts de l'ODAM USLD vers l'OGD PA au regard du montant total des transferts
2006	81,9	3,6	9,4	94,9	86%
2007	49,2	2,5	8,4	60,1	81%
2008	91,3	4,1	7,9	103,3	88%
2009	247,9	5,8	1,4	255,1	97%
2010	256,4	1,8	0,16	258,4	99%
Total	726,7	17,8	27,26	771,8	94%

Source : Tableau Foret- Arbust

[73] Dans ce flux principal, 94% soit 726,7 M€ s'expliquent par les transferts de l'enveloppe USLD vers l'objectif de gestion des dépenses personnes âgées. Ils découlent pour l'essentiel de la partition entre USLD et EHPAD avec les années les plus actives, 2009 et 2010. Les opérations indépendantes de ces réformes, que l'on pourrait qualifier de « chimiquement pures » dans la mesure où elles sont impulsées spontanément par les acteurs hospitaliers, représentent 6% soit 45,1 M€⁴⁴ (17,8 + 27,26).

1.3.2. Les structures pour handicapés sont renforcées par les conversions en psychiatrie, soins de suite et réadaptation.

[74] Depuis le champ sanitaire, la fongibilité s'opère également en faveur de l'objectif de gestion des dépenses, sous enveloppe handicapée, pour un montant sur la période de 66,4 M€. Ce volume modeste, mais supérieur aux transferts vers l'OGDPA hors réforme USLD, est généré dans la majorité des cas (83%) par des transformations de services de psychiatrie et de rééducation et réadaptation fonctionnelle en maison d'accueil spécialisée (MAS) et foyer d'accueil médicalisé (FAM).

⁴³ Les montants globaux indiqués pour 2009 et 2010 dans la 4ème colonne ne comprennent pas les crédits AP-HP transférés vers l'OGD PA dans le cadre du plan national de fermeture des lits de l'AP-HP soit 13,1M€

⁴⁴ La partition impacte aussi les autres mouvements de l'ODAM et de l'ODMCO vers l'OGDPA au titre de la sincérité des comptes qui a pour objet d'affecter de manière transparente les charges entre les comptes de résultat principal et les comptes de résultat annexe.

Tableau 4 : Evolution des transferts du sanitaire vers la prise en charge des handicapés (en M€)

	Objectif ODAM hors USLD (psy et SSR) vers OGD PH	Objectif ODAM USLD vers OGD PH	Objectif ODMCO vers OGD PH	Soins de ville	Somme des transferts du sanitaire vers OGD PH	% des opérations de transferts de l'ODAM hors USLD vers l'OGD PH au regard du montant total des transferts
2006	11,1	2,7	0		13,8	80 %
2007	18,9	0	0,36	1,03	20,29	93 %
2008	5,5	1,4	0	1,15	8,05	68 %
2009	4,86	2,84	0	0	7,7	63 %
2010	14,47	1,82	0	0	16,29	89 %
Total	54,83	4,1	0,36	2,18	66,04	83 %

Source : CNSA

[75] En conclusion, le bilan comptable de la fongibilité du sanitaire vers le médicosocial est clair : hors la réforme nationale des USLD, les conversions spontanées sont exceptionnelles, pour l'essentiel orientées vers le champ des handicapés⁴⁵.

1.3.3. Les conversions dans les régions témoins confirment le bilan national.

1.3.3.1. Le bilan 2006-2010 en Aquitaine, Bretagne, Rhône Alpes.

[76] Ce bilan, établi à partir des tableaux annuels de fongibilité est exhaustif. Il est plus large que l'échantillon proposé par les ARS pour l'enquête sur le terrain et qui sera examiné par la suite.

[77] Les caractéristiques significatives mais non représentatives sont les suivantes :

- un faible nombre de projets (15) concentrés sur 11 opérateurs ;
- une forte majorité de transformations de services de psychiatrie en structures pour personnes handicapées (MAS et FAM) ; les seules opérations concernant les EHPAD sont des conversions de SSR dans des hôpitaux locaux ;
- une taille moyenne d'opération modeste d'environ 800 000 € avec un plan de financement assuré par la fongibilité mais aussi par des mesures nouvelles. L'analyse des plans de financement de quatre projets aquitains montre que si le redéploiement de crédits constitue l'apport principal (56 du total), les mesures nouvelles prévues dans le cadre du PRIAC sont des compléments indispensables (44%).

⁴⁵ Selon La CNSA (note interne remise à la mission) : « un seul exemple en trois ans d'une véritable recomposition hospitalière : la transformation d'une partie d'un service de pédiatrie (Centre hospitalier de Périgueux) en établissement médicosocial (Centre Albarran en Dordogne) ».

Tableau 5 : Les opérations de fongibilité, hors partition USLD, dans les régions témoins de 2006 à 2010

Régions	Aquitaine	Bretagne	Rhône Alpes
ODAM vers OGD personnes âgées	Hôpital local de Nontron en EHPAD (245 000 €)		Hôpitaux locaux en EHPAD : Mens, Chalamont, St. Laurent sur Saône, Roylon (1 083 180 €)
ODAM vers OGD personnes handicapées	Centre Hospitalier en psychiatrie C. Perrens en MAS (1 726 624 €) Fondation J. Bost : psychiatrie en MAS (2 824 000 €)	Centre hospitalier de Caudan : psychiatrie en FAM Centre hospitalier Régnier : psychiatrie en MAS (162100 €) Centre hospitalier de Plouguernevel : Psychiatrie en MAS (944 763 €)	CHRU de Grenoble en MAS de St Ismier (1 090 575 €) Centre hospitalier Ste. Marie de Privas : psychiatrie en FAM (692 550 €) Centre médical La Teppe en MAS (320 524 €) Centre hospitalier St. Dié (SSR) en ITEP le foyer Meaudre

Source : Arbust

1.3.3.2. Pour l'avenir, les PRIAC ont prévu des actions diversifiées mais des conversions en nombre limité.

[78] Depuis la loi du 11 février 2005⁴⁶, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) est l'outil de programmation, d'adaptation et d'évolution de l'offre médico-sociale. Il a notamment pour objectif, à partir des besoins tels qu'ils s'expriment au niveau départemental au travers des schémas départementaux existants, de les valoriser financièrement en fixant des priorités au niveau régional (nombre de places, coûts, publics) étalées dans le temps à l'horizon de cinq ans. Le programme doit décrire les articulations sanitaires, médicosociales et sociales et ventiler les financements par opération en distinguant les mesures nouvelles des redéploiements de l'enveloppe médicosociale et des transferts sanitaires.

[79] Dans les PRIAC des trois régions témoins, la mission a constaté :

- des actions diversifiées pour améliorer le fonctionnement des services aux personnes âgées au titre des actions de coopération (20 sur les trois régions, des consultations mémoires (équipes mobiles) et des réseaux (30 actions) ;
- mais des programmations de conversions très limitées.

[80] Les trois PRIAC ont prévu un fort développement de l'offre médicosociale avec 396 opérations représentant une augmentation de 7 273 places, mais cette croissance est financée à 95% par des mesures nouvelles, alimentées pour l'essentiel par les plans nationaux et des crédits spécifiques. Aucune création d'EHPAD n'est prévue d'être financée par la fongibilité.

⁴⁶ Article 58-1, CASF, art L312-5-1.

Voir sur les PRIAC : «Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC» - Rapport IGAS, P. Vienne, C. Planes-Raisenaer, T. Leconte - 2009. «Evaluation des programmes inter départementaux d'accompagnement des handicaps et de perte d'autonomie » - Rapport IGAS – R. Ollivier, S. Paul - 2010.

1.3.4. Les hôpitaux locaux se situent au carrefour du sanitaire et du médico-social.

[81] Selon une étude de l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux (ANHL) parue en 2010⁴⁷, le nombre d'hôpitaux locaux est passé de 355 à 308 entre 2005 et 2009, soit une diminution de 13%. Ces hôpitaux sont très inégalement répartis sur le territoire (ex : 21 en Bourgogne pour 3 en région Nord-Pas-de-Calais). Toujours selon cette étude :

- la capacité d'hébergement en personnes âgées des hôpitaux locaux représente (hors USLD) plus du tiers de la capacité d'hébergement en personnes âgées de l'ensemble des établissements publics de santé (37 118 lits sur un total de 101 951, soit 36,4%) alors que ces hôpitaux ne représentent que 7,4% du nombre total de lits de l'ensemble des établissements publics ;
- les capacités sanitaires des hôpitaux locaux sont modestes par rapport aux capacités médico-sociales (21 395 lits sanitaires dont 13 000 d'USLD pour 37 000 lits d'EHPAD) et concentrées sur les activités de soins de suite et de réadaptation (47,5% des lits sanitaires) et, secondairement de soins de longue durée (27,5% des lits sanitaires) et de médecine (25% des lits sanitaires). Un hôpital local dispose en moyenne de 180 lits dont 138, soit plus des trois quarts, relèvent du secteur médico-social (personnes âgées et handicapées) ;
- la place qu'occupent les hôpitaux locaux dans le secteur sanitaire a été fortement réduite ces dernières années par la partition des USLD : en 2009, les hôpitaux locaux ne disposaient plus que de 3 569 lits d'USLD (répartis sur 99 établissements) contre 14 513 en 2000 et 13 983 en 2005, soit une réduction de près de 11 000 lits en 9 ans et de 10 400 lits depuis le lancement de la réforme des USLD (représentant environ le quart de l'ensemble des lits partitionnés tous établissements de santé confondus) ;
- seuls 22% des hôpitaux locaux représentant 65 établissements disposent de lits sur la filière complète de prise en charge des personnes âgées dépendantes (médecine, SSR, SLD).

[82] Ces données induisent trois constats à propos des hôpitaux locaux :

- ils concentrent une capacité d'hébergement en personnes âgées plus dense que le reste des établissements publics de santé ;
- leur activité, historiquement partagée entre le sanitaire et le médico-social, est récemment devenue, notamment à la faveur de la réforme des USLD, majoritairement médico-sociale ;
- leur évolution récente a consisté à déplacer leur offre vers le segment aval de la prise en charge avec, dans certains cas, leur transformation d'établissement sanitaire en établissement médico-social.

1.4. *La réforme des USLD s'est traduite par une transformation massive de lits d'hébergement sans que ces transformations puissent être assimilées à des conversions de structures.*

[83] Entre 2007 et 2010, près de 39 000 places sanitaires ont été, à la demande et sur décision de la DGOS, transférées dans le champ médico-social et ont ainsi vu leur statut juridique et leur financement modifiés.

⁴⁷ « Hôpital local. Vers un centre hospitalier de santé communautaire ». Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL) et Association nationale des médecins généralistes d'hôpital local (AGHL) - Octobre 2010.

⁴⁸ DREES - Etudes et statistiques - Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2007 : l'hôpital local représente une capacité de 21 395 lits (en médecine, SSR et USLD) et l'ensemble du secteur public hospitalier 290 067 lits.

⁴⁹ Ce chiffre diffère de celui indiqué à la mission par la DGOS pour laquelle le nombre de lits d'EHPAD résultant de la partition des USLD d'hôpitaux locaux calculé à partir de la capacité initiale de ces hôpitaux est de 8 242.

1.4.1. La réforme visait à répartir les lits occupés entre structures sanitaires et médico-sociales en fonction du niveau de médicalisation requis.

- [84] Dans un premier temps, la loi du 11 février 2005⁵⁰ (article 59-1) a organisé, contre l'avis de certains gériatres, le basculement de la totalité des capacités des unités de soins de longue durée (USLD) à gestion hospitalière publique dans le secteur médico-social et le transfert du financement des USLD de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe médico-sociale gérée par la CNSA. La réforme, qui faisait suite à une première vague importante de transferts dans certaines régions, portait d'un certain nombre de constats :
- la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance ;
 - l'existence d'inadéquations hospitalières et de surcoûts dans la prise en charge des personnes âgées ;
 - la nécessité de fluidifier la filière gérontologique au sein des hôpitaux pour mettre fin à l'engorgement des services de court séjour et d'urgence ;
 - l'hétérogénéité de la situation de la patientèle des USLD.
- [85] Il est cependant rapidement apparu que le secteur médico-social ne pourrait pas prendre en charge les patients poly pathologiques instables et/ou fragiles.
- [86] La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2006 est donc, dans un second temps, revenue sur cette disposition ; elle a réintégré les USLD au sein de l'enveloppe sanitaire (ONDAM) tout en subordonnant cette réintégration à deux conditions :
- la redéfinition des USLD ;
 - sur la base de cette nouvelle définition, la partition des capacités d'accueil des USLD et des crédits afférents entre les sous objectifs sanitaire et médico-social de l'ONDAM.
- [87] Les établissements ont été priés de définir leur capacité en places d'USLD à partir d'une coupe transversale réalisée sous le contrôle du service médical de l'assurance maladie et destinée à évaluer la charge en soins et en personnel que nécessite chaque personne âgée. Un référentiel de réalisation des coupes transversales a été élaboré et diffusé.
- [88] La mise en œuvre du nouveau dispositif a reposé sur les principes suivants :
- la définition précise des patients relevant d'une prise en charge sanitaire : « Sont considérées comme unités de soins de longue durée (USLD) les unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum »⁵¹ ;
 - la caractérisation de la population qui a été réalisée au moyen de l'outil PATHOS⁵² : sont considérés comme relevant d'une USLD les patients nécessitant des soins médicaux très importants (SMTI) ou en fin de vie (M2) ;

⁵⁰ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁵¹ Cf. arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée et circulaire DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 (dont l'annexe 2 contient un référentiel d'organisation des soins en USLD)

⁵² L'outil PATHOS sert à définir les niveaux des soins nécessaires pour la prise en charge de la poly pathologie des personnes âgées (seuls les soins médicaux et techniques importants / SMTI et M2 /fin de vie rentrent dans le périmètre des USLD). Le système repose sur l'identification de 50 états pathologiques un jour donné, chaque état étant qualifié par un profil de soins parmi 12 profils possibles, dont 7 hospitalo-requérants. 240 coupes état pathologique / profil décrivent l'ensemble des situations cliniques pouvant être rencontrées en gériatrie. Un algorithme détermine ensuite, pour chaque couple, les niveaux de soins nécessaires pour assurer les besoins réels dans 8 postes de ressources : médecin, psychiatre,

- l'instauration d'une marge de manœuvre de 10 % des places gérée au niveau national destinée à tenir compte des inégalités inter et intra-régionales et des spécificités de certaines régions ;
- le rééquilibrage des moyens financiers (dotation cible) en faveur des établissements les moins dotés qui ont vu leur dotation abondée par des mesures nouvelles sur la base d'un objectif de 6 lits d'USLD redéfinis pour 1000 habitants de plus de 75 ans.

[89] En parallèle de la redéfinition, il a été demandé aux ARH d'évaluer leurs besoins en USLD, en liaison avec les conseils généraux concernés (au titre du schéma gérontologique), en tenant compte de l'évolution démographique, des inadéquations constatées, de la proximité des établissements et plateaux techniques et des permanences infirmières. Les USLD redéfinies devaient compter un minimum de 30 lits.

[90] Initialement prévu pour être achevé le 1^{er} janvier 2007, le processus de redéfinition a été étendu sur 3 ans par la LFSS 2007, chaque établissement pouvant choisir au sein des trois exercices concernés celui qu'il retenait pour procéder aux partitions. Après validation par la DHOS, ces partitions devaient être arrêtées conjointement par les ARH et les préfets de département pour le 30 juin 2009. Elles ne devaient pas donner lieu à transfert de patients car ce n'est qu'au fur et à mesure du renouvellement naturel des patients que les établissements devaient (et doivent encore) corriger les inadéquations générées par le processus en n'admettant en USLD que des personnes âgées « hospitalo-requérantes ».

[91] En parallèle de cette réforme, les ARH ont été priées de réviser le volet « personnes âgées » des SROS III en y intégrant les USLD tant sous l'angle de leur implantation que sous celui des objectifs quantifiés exprimés en journées. Les ARH étaient en outre invitées à tirer les conséquences de ces révisions dans les PRIAC.

1.4.2. Près de 39 000 lits représentant 55% du parc sanitaire ont été transférés au secteur médicosocial.

[92] Les USLD, qui sont régies à la fois par des textes issus du CSP et du CASF, constituent désormais une modalité spécifique d'hébergement des personnes âgées dépendantes à la jonction du sanitaire et du médico-social. Cette spécificité repose sur leur localisation dans des centres hospitaliers justifiée par le besoin en soins de santé des personnes prises en charge.

[93] Le bilan quantitatif du transfert est le suivant :

Coupe PATHOS			Partition	
Nb. places USLD avant partition	Nb. de présents dans la coupe (juin 2006)	Nb. de places classées SMTI ou M2	Nb. de places maintenues en USLD	Nb. de places transformées en places d'EHPAD
74 630	70 734	26 096	31 773 soit 45% des présents	38 961* soit 55% des présents

Source : données DGOS

* Faute de donnée brute disponible, le nombre de places transformées en places d'EHPAD a été calculé par la mission en soustrayant du nombre des présents dans la coupe le nombre de places maintenues en USLD. Ce chiffre est donc théorique.

infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie. La somme pondérée des points de niveaux de soins, exprimée en moyenne par personne, permet de calculer le PATHOS moyen pondéré (PMP) qui est donc un indicateur de charges en moyens médicaux et techniques pour une population donnée. Les effectifs soignants et médicaux sont déterminés par le calcul de la dotation soins, elle-même basée sur le GMPS, indicateur qui tient compte du GIR moyen pondéré et du PMP.

[94] En parallèle du transfert de lits d'un secteur à l'autre et en application du principe de fongibilité, 726,7 M€⁵³ ont été transférés de l'ONDAM sanitaire vers l'OGD personnes âgées. Ce transfert constitue à lui seul l'essentiel des opérations de fongibilité entre les secteurs sanitaire et médico-social / personnes âgées intervenues sur la période récente.

1.4.3. Des ajustements pourraient encore intervenir en fonction des résultats d'une prochaine appréciation des besoins.

[95] La DGOS a prévu que la mise à jour de la planification via le SROS pourrait conduire à faire évoluer progressivement les capacités en USLD redéfinies s'il advenait un écart entre l'offre de soins et les besoins de la population. Cette évolution prendrait alors la forme de créations pures pour lesquelles les ARS devraient dégager des financements en mesures nouvelles ou par redéploiement.

[96] Afin de vérifier la pertinence de la partition, la DGOS a prévu de demander aux ARS d'organiser fin 2011 une nouvelle coupe transversale destinée à mesurer les taux d'inadéquation (patients âgés dits non SMTI placés en lits d'USLD) et à servir de référence pour établir les budgets soins 2012 des établissements dotés d'une USLD.

1.4.4. La réforme des USLD a davantage abouti à requalifier des capacités hospitalières qu'à véritablement convertir des structures.

[97] Comme indiqué supra, la conversion d'une structure suppose non seulement la modification de son statut juridique et financier (sanitaire vers médico-social) mais également l'octroi d'une autorisation d'activité différente ainsi qu'un changement dans la nature du service rendu aux usagers de la structure. A cet égard, il convient de s'interroger sur la nature exacte de la redéfinition des USLD.

[98] Plusieurs arguments peuvent laisser penser que la réforme des USLD constitue une conversion de structure au sens du présent rapport :

- le statut juridique des deux établissements, service de l'hôpital pour l'un, établissement médico-social pour l'autre, est différent ;
- l'autorisation d'activité n'est pas la même et n'obéit pas, depuis la loi HPST, à la même procédure (appel à projet dans le cas d'un EHPAD) ;
- les objectifs de différenciation du degré de médicalisation, du taux d'encadrement et donc des tarifs soins qui en découlent sont différents ;
- la partition des lits est considérée par le personnel hospitalier comme un changement de statut avec les réticences qui peuvent en découler. Servir en EHPAD est en effet souvent perçu, par le personnel hospitalier (notamment médecin, infirmière diplômée d'Etat et aide-soignante) comme moins gratifiant, moins sécurisé (les procédures qualité sont moins formalisées dans le médico-social) et plus pénible qu'à l'hôpital.

[99] En revanche, trois arguments conduisent à penser que la réforme des USLD ne constitue pas une conversion de structure à proprement parler.

[100] Sous l'aspect financier, d'abord, USLD et EHPAD obéissent aux mêmes règles de tarification ternaire (soins, dépendance, hébergement) définies par l'article R314-158 du CASF.

⁵³ Source : donnée DSS.

- [101] Sous l'aspect du service rendu à l'utilisateur, ensuite, il ressort des informations recueillies sur le terrain par la mission que, pour nombre d'USLD et dans une proportion que seule une étude nationale permettrait de déterminer, il n'y a pas eu de véritable et franche séparation physique entre lits ou locaux relevant de chaque secteur, notamment lorsque l'EHPAD a été créé (ou préexistait) dans les mêmes locaux que l'USLD ou a proximité immédiate de cette dernière. Ainsi, alors que l'EHPAD est censé offrir un niveau de médicalisation inférieur à celui de l'USLD, notamment du fait de l'obligation imposée à cette dernière d'assurer une présence infirmière continue et l'accès à un plateau médico-technique minimum, ce niveau a parfois été aussi maintenu au bénéfice des lits d'EHPAD. Ceci en raison même de la mitoyenneté, voire de l'imbrication physique des lits relevant de chaque secteur.
- [102] Mais l'argument majeur tient à l'absence de différence significative dans le fonctionnement réel de beaucoup de structures. Sous l'aspect organisationnel, ce constat d'une partition plus virtuelle que réelle est renforcé par le fait que les entretiens qu'a eus la mission avec les responsables de certains établissements ont également montré que, dans certains cas, la réforme pourrait in fine ne s'être traduite par aucun changement, ni architectural, ni dans d'organisation de la prise en charge des personnes âgées, ni dans le service rendu (pas de véritable « projet de vie »).
- [103] Par son objectif - répartir les places occupées par les personnes âgées hospitalisées entre structures sanitaires et médico-sociales en fonction du niveau de médicalisation requis par ces personnes - il semble donc que la réforme des USLD s'apparente davantage à une requalification de capacités qu'à une conversion de structures.

1.4.5. La mission a noté que la réforme suscitait des commentaires et critiques suffisamment précis pour estimer devoir les relayer.

- [104] La mission a pu noter, lors de ses déplacements en région, que cette réforme suscitait un certain nombre de commentaires, de critiques et d'interrogations qui, même si cela dépasse le cadre strict de la présente étude, méritent d'être portées à la connaissance des directions concernées du ministère de la santé.
- [105] La réforme apparaît positive dans la mesure où elle a ouvert le débat sur le niveau de médicalisation et les ressources des EHPAD. La mission a cependant parfois entendu que ce niveau serait rapidement - voire était déjà insuffisant si l'on tient compte du fait que les personnes âgées entrent en EHPAD de plus en plus tard en raison de l'effet combiné de la politique de maintien à domicile et du vieillissement général. Les représentants des conseils généraux rencontrés par la mission ont, dans leur ensemble, prôné une médicalisation accrue des EHPAD.
- [106] La réforme est par ailleurs critiquée ou interrogée sur sept points majeurs :
- elle a été perçue par certaines ARH devenues ARS comme excessivement centralisée et mécanique, au point de se traduire aujourd'hui dans certains territoires par un déficit de lits d'USLD et, partant, par des inadéquations d'hospitalisation en SSR, avec le risque d'aboutir à terme à la recréation de places ;
 - elle a aussi été vécue par certains établissements, faute d'une séparation physique des services, comme purement artificielle et administrative, c'est-à-dire sans lien avec l'objectif de qualité de service qui aurait dû la sous-tendre ;
 - les conseils généraux, qui financent pourtant le forfait dépendance, se sont sentis placés devant le fait accompli ; ils se sont parfois opposés à la partition aux motifs du surcoût pour les résidents et d'une moindre proximité offerte par l'EHPAD hospitalier par rapport à l'EHPAD autonome⁵⁴ ;

⁵⁴ La DGOS a indiqué à la mission que l'association des départements de France (ADF) a pratiqué la politique de la chaise vide lors des réunions organisées par la DGOS pour préparer et expliquer la réforme.

- vu de l'établissement, elle se traduit par une perte financière (eu égard au mode de tarification et à la moindre médicalisation des résidents des EHPAD) alors même qu'elle est susceptible d'induire des surcoûts liés à une répartition différente du personnel et à la nécessité d'adapter les structures ;
- vu des familles de résidents de lits d'EHPAD, elle est incompréhensible. Ces familles admettent mal pourquoi le résident du lit d'USLD voisin de celui qu'occupe leur parent bénéficie d'un temps médical théorique supérieur ;
- elle pose nécessairement problème lorsque l'état de santé d'un résident d'EHPAD s'aggrave au point de rendre nécessaire un renforcement de sa prise en charge médicale (sans pour autant relever d'une prise en charge aiguë), situation qui ne manque pas de se produire compte tenu du vieillissement général de la population et du recul de l'âge d'entrée en EHPAD⁵⁵. Faudra-t-il à terme recréer des places d'USLD ou médicaliser davantage les EHPAD pour éviter de ré-hospitaliser certains patients ?
- elle constitue une réforme hospitalo-centrée en ce sens qu'elle visait essentiellement en première intention à alléger des contraintes de l'hôpital sans interrogation préalable sur les besoins quantitatifs et qualitatifs en places d'EHPAD. Cette analyse semble corroborée par la faible implication de la DGCS et de la CNSA dans le suivi de la réforme dont le pilotage a été assuré par la seule DGOS.

[107] Compte tenu de ces éléments et des enjeux importants liés à la question du degré de médicalisation des EHPAD, la mission souhaite, même si elle a conscience qu'elles se situent aux marges de son sujet, émettre deux recommandations inspirées par la réforme des USLD.

Recommandation n°3 : La DGOS doit procéder en 2012, à la suite de la prochaine coupe Pathos, à un bilan national quantitatif et qualitatif précis de la réforme des USLD ainsi qu'à une évaluation de son impact sur l'offre tant sanitaire que médico-sociale.

[108] L'absence d'un tel bilan a souvent été soulignée par les interlocuteurs de la mission, notamment à la DGCS et la CNSA, mais un tel bilan ne pouvait intervenir avant que la réforme n'ait produit tous ses effets.

Recommandation n°4 : La DGOS doit inclure les EHPAD, et pas seulement les USLD, dans le champ de la prochaine coupe Pathos prévue fin 2011 afin d'apprécier (conjointement avec la DGCS et la CNSA) le bon niveau de médicalisation de ces établissements par rapport au vieillissement des résidents.

[109] Seule une analyse simultanée des besoins en soins des personnes âgées dans les deux secteurs permettra d'offrir une image complète de la situation des inadéquations et d'en inférer les ajustements nécessaires. Selon la DREES⁵⁶, le nombre de places médicalisées en EHPAD et USLD s'est accru de 17% entre 2003 et 2007. Il convient de clarifier et d'objectiver les conséquences du vieillissement des personnes âgées admises en EHPAD et d'en déduire un besoin de prise en charge médicale. Un haut niveau de besoin pourrait contredire la séparation USLD - EHPAD.

[110] En conclusion, malgré un discours volontariste, les adaptations structurelles de l'hôpital n'impactent qu'à la marge l'offre médicosociale. La réforme des USLD constitue un cas de figure spécifique. On peut maintenant s'interroger sur les déterminants de cette situation.

⁵⁵ Dans une enquête d'avril 2006 (« La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées » - Etudes et résultats n°485 - avril 2006), la DREES notait un vieillissement des résidents en établissements pour personnes âgées et une proportion de plus en plus importante de personnes dépendantes.

⁵⁶ Etudes et résultats n° 689 - mai 2009 : L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007.

2. DANS UN CONTEXTE DEFAVORABLE, LES OPERATIONS DE CONVERSION ONT DU LEVER DE MULTIPLES OBSTACLES POUR SE CONCRETISER

[111] Le caractère exceptionnel et uniforme des conversions du sanitaire vers le médicosocial, interroge. Pourquoi cette piste n'est elle pas devenue un véritable levier de changement ? Quels ont été les freins, dans quelles conditions concrètes ont-ils pu parfois être levés ? L'identification de ces facteurs favorables et défavorables fait appel à des données nationales mais surtout au retour sur expérience.

[112] L'analyse du contexte général répond à la première question. L'observation par la mission des opérations menées à bien dans les régions témoins, même en nombre restreint et limité au secteur handicap, permet d'esquisser une méthodologie de l'accompagnement.

2.1. *Un contexte qui est peu favorable aux conversions.*

[113] Pour créer une véritable dynamique de la conversion, la mission a considéré que deux conditions générales étaient nécessaires :

- cette stratégie devait être reconnue comme un axe prioritaire de la politique hospitalière ;
- ces redéploiements de ressources devaient conditionner le développement du secteur médicosocial.

[114] Dans la période récente, ces deux moteurs ont été absents. Par ailleurs, une composante plus institutionnelle est à prendre en compte.

2.1.1. **Le cloisonnement institutionnel entre les secteurs ne stimule pas les redéploiements d'activités et de ressources.**

[115] La césure entre les deux secteurs est forte mais ne doit pas être exagérée. La distinction est d'abord d'ordre juridique, chaque secteur étant régi par des codes différents, celui de la santé publique d'une part, de l'action sociale et de la famille d'autre part. Au niveau ministériel, deux administrations se partagent les responsabilités actuellement, le ministère du travail de l'emploi et de la santé et le ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Au sein de ces ministères, les sujets sont traités par des directions différentes (DGOS, DGCS) en lien avec la CNSA, pouvant conduire « *régulièrement à des messages brouillés* ⁵⁷ ».

[116] Au niveau des opérateurs, la répartition des rôles s'effectue, dans le secteur public, entre :

- les établissements publics de santé qui, à titre principal, « *assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes* »⁵⁸ ;
- les établissements et les services sociaux et médicosociaux « *qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* »⁵⁹.

[117] Ces structures se différencient essentiellement par leurs métiers, leurs modes de production soumis à des contrôles qualité distincts, d'une part la Haute Autorité en Santé (HAS), d'autre part l'Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des Etablissements Sociaux et Médicosociaux (ANESM). Plus fondamentalement, les identités et cultures professionnelles qui en découlent ont façonné des mondes en partie étrangers.

⁵⁷ Rapport RGPP. «Restructuration de l'offre hospitalière avec compensation» 15 avril 2008.

⁵⁸ Article L 6111 du CSP.

⁵⁹ Article L312-1 du CASF.

[118] Les similitudes techniques sont cependant nombreuses. Les principes de gouvernance interne dans ces établissements publics à fort enracinement local sont identiques, le statut du personnel non médical est le même (Titre IV du CSP) ; enfin la loi HPST (article 18) a rapproché les modes de management en créant un organe commun de référence, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicosociaux⁶⁰ (ANAP).

[119] Mais le lien principal est historique. L'hôpital public a toujours pris en charge l'hébergement des personnes âgées et, dans une moindre mesure, les personnes handicapées. Le code de la santé reconnaît ainsi cette mission aux établissements publics de santé pour personnes âgées : « *Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles* »⁶¹. La quasi totalité des établissements publics de santé (EPS) gère une structure d'hébergement pour personnes âgées soit 1 890 sur un total de 2002 EPS. Ils représentent 168 953 lits soit 26% de la capacité nationale d'hébergement, dont 82% d'EHPAD⁶².

2.1.2. Les hôpitaux ont privilégié les conversions internes.

2.1.2.1. Une politique nationale qui favorise la création de filières gériatriques et la reconversion des petits hôpitaux.

[120] Depuis une dizaine d'année, l'hôpital est devenu le pôle majeur de l'organisation des soins aux personnes âgées en tant que support et animateur de la filière gériatrique⁶³. Celle-ci s'entend comme le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. Elle doit comporter un pôle d'évaluation gériatrique incluant un hôpital de jour, un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique et une unité de soins de longue durée (USLD). L'hôpital référent en gériatrie, détenteur d'un service d'urgence, coordonne les structures partenaires qu'il gère ou non directement : SSIAD, EHPAD. Ainsi, au niveau d'un territoire donné, l'établissement de santé est appelé à fournir une palette de services et constituer un centre de ressource gériatrique. La filière qu'il anime « *est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels de l'établissement et des acteurs externes* »⁶⁴. Son renforcement nécessaire a été facilité par le plan Solidarité grand âge mais aussi par les redéploiements au sein de la structure, à partir des transformations et suppressions d'activités, notamment aiguës.

[121] Cette stratégie a été explicitée à l'occasion du lancement du SROS III⁶⁵ : « *Dans ce cadre, une évaluation des risques à maintenir ou ne pas maintenir certaines activités ou segments d'activités (dont le plateau technique) doit être menée et peut conduire à des reconversions d'établissements.* ». Plus précisément, le rapport « Un programme pour la santé » à l'origine du programme gériatrique va plus loin en préconisant :

- que le centre hospitalier se dote systématiquement de lits de gériatrie aigüe « *par création de novo, et par transformation* » ;

⁶⁰ « *l'ANAP a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses* ».

⁶¹ Article L 611-1 du CSP.

⁶² « *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, activité et personnel au 31 -12-2007* » - Perrin-Haynes, DRESS, documents de travail Février 2010.

⁶³ « *Un programme pour la gériatrie* » - Rapport C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, P. Vigouroux - avril 2006.

Axe 3 du plan Solidarité grand âge. Circulaires DHOS relatives à la filière gériatrique du 18 mars 2002.

⁶⁴ Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique.

⁶⁵ Circulaire DHOS /O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

- de « *reconvertir des petits hôpitaux en leur conservant leurs moyens pour développer les services de soins ou de rééducation des USLD ou des unités de psychiatrie* ».

[122] Plus globalement, les auteurs du programme pour la gériatrie précité reconnaissent en creux la place des restructurations internes en considérant que « *des mesures fléchées qui ne seraient financées que par des redéploiements internes conduiraient à aggraver les réticences à l'encontre de la gériatrie* ».

2.1.2.2. Des illustrations de conversions « hospitalo-centrées ».

[123] Même si cela n'était pas le cœur de sa commande, la mission a observé incidemment, dans les régions témoins, quelques conversions de court séjour avec fongibilité intra sanitaire. De maturité différente, elles obéissent aux mêmes ressorts :

- stratégique et politique : maintenir à l'établissement un rôle et un statut d'hôpital ;
- technique : garantir la faisabilité de l'opération en reclassant les personnels en interne, si nécessaire en externe dans le cadre de la coopération avec un autre centre hospitalier.

[124] La fermeture de l'activité chirurgicale et obstétricale au centre hospitalier de Quimperlé (29), à compter du 11 juillet 2007, a été équilibrée par l'ouverture de 25 lits de SSR à orientation pneumologique et de 25 lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie de la personne âgée. Ceci s'inscrit dans le cadre d'une filière gériatrique de l'hôpital de jour, équipe mobile à intervention interne et externe vers les hôpitaux locaux et EHPAD du territoire. Le redéploiement d'activité est rendu possible budgétairement par le transfert en fongibilité de l'enveloppe T2A (ODMCO) à l'enveloppe ODAM pour un montant de 3,5 M€ Dans ce projet difficile de cessation d'activités hospitalières présentées comme nobles, l'enjeu des ressources était considérable, il concernait 120 agents soit 16% de l'effectif total dont des emplois très qualifiés : chirurgiens, obstétriciens, sages femmes, infirmiers spécialisés. La coopération avec le centre hospitalier de Basse Bretagne et l'intervention du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)⁶⁶ ont été décisives.

[125] La fermeture de l'activité chirurgicale au Centre hospitalier de Paimpol au 1er janvier 2011 sera compensée par les créations de 20 lits de SSR cardiologique et 20 lits de soins post opératoires et par la transformation de 20 lits de médecine en médecine gériatrique avec une équipe mobile gériatrique. Le dossier de fongibilité en cours prévoit un redéploiement de 2,4 M€ de l'ODMCO vers l'ODAM. Un groupement de coopération sanitaire avec le centre hospitalier de Saint Briec permet de garantir le maintien d'une offre chirurgicale de proximité⁶⁷ et l'avenir des personnels concernés.

[126] La reconversion de l'activité chirurgicale (31 lits) en SSR polyvalent (30 lits) au centre hospitalier de Tarare (Rhône) a pour objectif technique de fluidifier l'aval du service de médecine et d'amorcer la filière de gériatrie. Mais plus globalement, il s'agit de permettre que l'établissement continue d'assurer des soins et, selon sa directrice, « *de conserver la qualification de centre hospitalier, mieux, de le renforcer* »⁶⁸. Ce projet, opérationnel au deuxième semestre 2011, s'inscrit dans le contexte de la mise en place d'une direction commune avec le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône.

⁶⁶ Pour 2,7 M€ dont des indemnités exceptionnelles aux départs volontaires.

⁶⁷ Et de lever les craintes locales exprimées par la CFDT locale. « *Nous demandons l'assurance d'une activité crédible et pérenne qui réponde aux besoins de la population* » - Ouest France - 22 septembre 2010.

⁶⁸ En redéployant ses activités et en assurant sa pérennité, selon sa directrice.

[127] Ces exemples illustrent également une constante de la politique hospitalière consistant à s'attacher aux soins et prises en charge les plus médicalisés, le cœur de métier des établissements de santé, laissant ainsi au deuxième plan les redéploiements sur le champ plus éloigné du médicosocial. Ainsi, en 2008, la prise de conscience de l'existence d'un déficit d'organisation des soins de suite et de réadaptation a impulsé une action volontariste de structuration. Ce secteur est devenu stratégique en raison de sa position entre les soins de courte durée⁶⁹ et le secteur médicosocial ; il représente une offre de plus en plus sollicitée du fait de la diminution de la durée de séjour dans le champ MCO. La circulaire du 3 octobre 2008 relatif à l'application des décrets SSR invite clairement à étudier les potentialités de reconversions sur ce champ : « *L'activité des SSR peut constituer une voie d'évolution d'activités pour les établissements appelés à s'engager dans une opération de restructuration de leurs services aigus et /ou des regroupements de plateaux techniques* ».

2.1.3. Les plans spécialisés ont soutenu le développement de l'offre médicosociale et ont contribué ainsi à faire l'économie des conversions.

2.1.3.1. Des plans vigoureux de développement du secteur médicosocial.

[128] Trois plans de santé publique couvrant quasiment la même période (2007-2012) développent fortement l'offre médicosociale. Le plan Solidarité grand âge, le plan Alzheimer et le plan Handicap. Ils bénéficient de moyens financiers importants et pluriannuels, d'un pilotage spécifique, de l'appui de la CNSA et, enfin, d'une volonté politique continue⁷⁰. Ces trois programmes quantitatifs sont bien exécutés grâce à la combinaison de financements anticipés et complémentaires (plan de relance) et à la réactivité de l'ensemble des acteurs. Le bilan est effectué ici au 31 décembre 2009⁷¹.

[129] Succédant au plan Vieillesse et Solidarité, le plan Solidarité Grand Age 2007-2012 (PSGA) a été élaboré à partir du rapport du commissariat au plan « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix ». S'il préconise en priorité la solution du domicile, il prévoit cependant de créer 5000 places par an d'hébergement. Cet objectif, qui est passé à 7500 places en 2008-2009-2010, représentait un effort financier initial de 165 M€ A mi parcours, 95% des 37 500 places d'EHPAD sont notifiés, 81% autorisés et 31% installés (sur la tranche 2007-2009). Les délais d'installation entre la décision et l'ouverture de l'équipement s'établissent entre trois à cinq ans.

[130] Le plan Alzheimer (2008-2012) a une ambition plus ciblée sur la lutte contre une maladie qui touche après 85 ans une femme sur quatre et un homme sur cinq. Doté d'1,6 Mds€ il décline 44 mesures dont la mesure 16 : « Création ou identification au sein des EHPAD d'unités adaptées pour les patients ayant des troubles de comportements très importants ». Il programme la création de 12 000 places spécifiques en EHPAD et le renforcement de 18 000 places existantes (soit 738 M€ en fonctionnement et investissement). Cet effort se décline en : 25 000 places de pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) et 5000 places d'unité et d'hébergement renforcé (UHR). Le bilan intermédiaire⁷², limité à 2010, est beaucoup moins favorable que le plan PSGA avec 51 PASA réalisés pour 600 prévus, 6 UHR réalisées pour 100 prévus.

⁶⁹ Les SSR sont réglementées par les décrets du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR, qui prévoient une révision du SROSIII.

⁷⁰ Développement dans : Rapports d'information d'A. Vasselle précités.

⁷¹ Source : CNSA.

⁷² Source : comité de suivi du plan.

[131] Le plan Handicap (2008-2012), avec une enveloppe de 1,2 Mds€ s'attache à l'intégration des handicapés à la vie de la cité tout en accroissant la capacité des structures avec 4 550 places MAS et 8 450 places de FAM supplémentaires. Le bilan s'établit à un taux de 38% de FAM autorisés et 55% de MAS autorisés.

2.1.3.2. Ces plans dissuadent la recherche d'autofinancement par les conversions.

- L'évolution des enveloppes.

[132] Entre 2006 et 2011, l'ONDAM hospitalier (+ 14,8%) progresse trois fois moins vite que l'ONDAM médicosocial (+ 43,5%). Ce décalage est encore plus marqué par rapport à l'enveloppe personnes âgées (au sein de l'ONDAM) qui connaît une croissance de + 73,6%. Cette progression exceptionnelle explique la quasi absence de fongibilité sur ces projets. A contrario, le secteur handicap, avec une enveloppe à + 23,7%, devait, pour se développer rechercher, même à la marge, des ressources complémentaires.

[133] L'ensemble des acteurs a intégré cette opportunité dans leur planification comme dans la conduite des projets.

Tableau 6 : Evolution de l'ONDAM et de l'objectif global de dépense 2006 – 2011 (En Mds€)

	2006	2011 prévisionnel	Progression en %
ONDAM hospitalier	63,48	72,89	14,8
ONDAM médicosocial	11,01	15,81	43,5
Personnes âgées	4,37	7,59	73,6
Personnes handicapées	6,64	8,22	23,7
ONDAM global	142,06	167,10	17,6
OGD-PA	4,98	8,60	72,6
OGD-PH	6,83	8,52	24,7
OGD	11,82	17,12	44,8

Source : Mission à partir de données CNSA et DSS

- L'illustration dans les PRIAC.

[134] L'essentiel (90%) des PRIAC des régions d'Aquitaine - Bretagne - Rhône Alpes est financé par les plans nationaux. Sur les 178 opérations concernant les EHPAD (création ou extension), des trois régions, aucune n'est prévue avec un apport de la fongibilité.

Tableau 7 : Plans de financement des PRIAC dans les 3 régions témoins (en M€)

	Plans nationaux et spécifiques	Fongibilité d'origine sanitaire	Fongibilité d'origine médicosociale	Total
FAM	152	2	4	158
MAS	55	4	1	60
EHPAD	178	0	0	178
Total : en nombre d'opérations	385	6	5	396
Crédits engagés	96 399 467 €	2 857 952 €	6 968 289 €	106 225 708 €
% des crédits total	90,7 %	2,6 %	6,5 %	100 %

Source : Etabli par la mission

2.2. L'observation « micro »⁷³ révèle la complexité et les limites de ces conversions.

- [135] La mission a examiné précisément, dans les trois régions visitées, le déroulement de 15 opérations présentées conjointement par les ARS, les gestionnaires des 13 établissements concernés⁷⁴ et en présence, dans certains cas, des services des conseils généraux. Les dossiers étudiés⁷⁵ décrivent des opérations toujours longues, parfois anciennes, même si leur aboutissement peut être assez récent. Certaines données ont donc été difficiles à reconstituer précisément, tant par les directions d'établissements que par les ARS⁷⁶.
- [136] Quatre de ces opérations concernent des partitions de lits d'USLD en lits d'EHPAD, une de conversion de lits psychiatriques en lits d'USLD. Dix autres traitent véritablement de conversions du sanitaire vers le médico-social, dans le secteur handicap, huit à partir d'hôpitaux psychiatriques, une à partir d'un hôpital local et une à partir d'un hôpital général. Ce sont essentiellement ces dix opérations (tableau ci-dessous) qui seront examinées dans cette partie du rapport, les autres pouvant être prises en compte pour les éclairer.
- [137] En effet, les conversions de lits au sens strict retenu dans le cadrage de la mission, c'est-à-dire de lits sanitaires vers le secteur médico-social personnes âgées, ont été, selon les observations de la mission, peu nombreuses. Elles ont surtout eu lieu dans les hôpitaux locaux (cf. supra).
- [138] Il faut préciser que la mission nationale de santé mentale (MNSM) a réalisé en 2000 un « guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales »⁷⁷ destiné à aider à la restructuration des hôpitaux psychiatriques. Ce guide, dédié à la psychiatrie, est resté l'outil interne de la MNSM. Il préconisait différentes mesures, dont beaucoup restent d'actualité (cf. infra). La plupart d'entre elles peuvent concerner des conversions vers le secteur personnes âgées.
- [139] La mission s'est efforcée de valider et d'approfondir ce travail en veillant à ce que ses propres recommandations puissent s'appliquer aux établissements pour personnes handicapées comme aux établissements pour personnes âgées.
- [140] En dépit de ces difficultés de méthode, l'exploitation des données recueillies a permis de préciser les conditions de réussite des opérations de conversions, en distinguant la phase de la prise de décision et en décrivant ensuite, dans la conduite de l'opération, ses aspects financiers et ressources humaines.

⁷³ Sous les réserves méthodologiques exprimées en introduction du présent rapport.

⁷⁴ Le centre hospitalier « Etienne Gourmelin » (Finistère) présentait une conversion en places de MAS/FAM et une en lits d'USLD et le centre hospitalier « Guillaume Régnier » de Rennes une opération de création de places de MAS et de lits d'USLD.

⁷⁵ La mission s'est fondée sur les fiches transmises, selon un cadre préétabli, et parfois sur des documents complémentaires ainsi que sur les présentations orales par les personnes présentes lors des réunions organisées au siège de l'ARS et, pour deux établissements, sur place.

⁷⁶ Dans les ARS les personnes qui sont en charge actuellement des dossiers ont parfois récemment pris leurs fonctions et d'autres qui les avaient suivis sont parties. Dans ces conditions les ARS ont dû « recomposer » des historiques d'opération de conversion, qui ont toujours duré plusieurs années. De même des changements de direction sont intervenus dans les établissements.

⁷⁷ Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales - Mission nationale de santé mentale - 2000.

LISTE DES DIX OPERATIONS DE CONVERSION
DU SANITAIRE VERS LE MEDICOSOCIAL ETUDIEES⁷⁸

AQUITAINE	BRETAGNE	RHONE-ALPES
<p>Centre hospitalier en psychiatrie Charles Perrens - Gironde <i>(création d'une MAS par conversion de lits de psychiatrie)</i></p> <p>Fiche A1</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>	<p>Centre hospitalier en psychiatrie Etienne Gourmelin -Finistère <i>(création d'une MAS et d'un FAM par conversion de lits de psychiatrie)</i></p> <p>Fiche B1</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>	<p>Hôpital local Claude Dejean-Ardèche <i>(création d'une MAS par conversion de lits de psychiatrie)</i></p> <p>Fiche RA1</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>
<p>Maison de santé pour maladies mentales John Bost -Dordogne <i>(création d'une MAS et d'un FAM par conversion de lits sanitaires)</i></p> <p>Fiche A2</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>	<p>Centre hospitalier en psychiatrie Guillaume Régnier- Ile -et -Vilaine <i>(création d'une MAS par conversion de lits de psychiatrie)</i></p> <p>Fiche B3</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>	<p>Centre hospitalier en psychiatrie Le Valmont -Isère <i>(création d'une MAS par conversion de lits de psychiatrie)</i></p> <p>Fiche RA4</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>
<p>Centre hospitalier en psychiatrie de La Candélie- Lot-et-Garonne <i>(création d'une MAS par conversion de lits de psychiatrie)</i></p> <p>Fiche A3</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>	<p>Centre hospitalier en psychiatrie de Plougernevel - Côtes-d'Armor <i>(création d'une MAS et d'un FAM par redéploiement de psychiatrie sectorisée)</i></p>	<p>Centre hospitalier en psychiatrie de Sainte-Marie de Privas - Ardèche <i>(création d'un FAM par conversion de lits de psychiatrie)</i></p> <p>Fiche RA5</p>
<p>Centre hospitalier Sud-Gironde, La Réole- Gironde <i>(extension d'un FAM et création d'une MAS par transformation d'un foyer d'accueil pour handicapés)</i></p> <p>Fiche A4</p>	<p>Fiche B6</p>	

MAS : maison d'accueil spécialisée

FAM : foyer d'accueil médicalisé

⁷⁸ Ces opérations font l'objet de fiches descriptives en annexe. Ces fiches comprennent les quatre partitions d'USLD (B4 - B5 – RA2 - RA3) et la conversion de lits psychiatriques en USLD (B2).

2.2.1. La décision de conversion repose généralement sur un diagnostic d'inadaptation d'activité associée parfois aux difficultés de gestion d'un établissement.

[141] La mission a cherché à repérer les facteurs qui déclenchent la décision de conversion, au sein de l'hôpital et/ou dans les administrations régulatrices de l'Etat ou des départements. Il apparaît que les procédures d'évaluation ou de contrôle jouent bien un rôle, mais dans une proportion variable. C'est leur convergence qui permet à un certain moment de prendre une décision de modification de l'activité de structures devenues inadaptées.

2.2.1.1. Les coupes médicales sont citées comme étant à l'origine de la grande majorité des décisions de conversion.

[142] Une coupe transversale des malades, c'est-à-dire un examen médical pour apprécier l'adéquation entre le service d'hospitalisation d'accueil du malade et son état de santé, a été citée dans huit des cas examinés en tant que facteur initial de la conversion. Ces démarches ont été conduites dans les établissements observés à l'initiative de différentes autorités et sans méthodologie unifiée.

[143] Ainsi ces enquêtes médicales ont été menées dans quatre établissements (A2 A3 RA1 RA4) à l'initiative des services de l'Etat en charge des questions sanitaires (DDASS ou ARH) et dans deux cas, le centre hospitalier Etienne Gourmelen et celui de Sainte Marie de Privas, à celle des caisses régionales de sécurité sociale. Trois établissements, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (A1 B3 B6), ont eux-mêmes pris l'initiative d'une telle enquête : les médecins ayant en charge des patients psychiatriques ne nécessitant pas une prise en charge active ont été demandeurs de changement d'orientation pour ceux-ci. L'accueil en établissement médico-social a alors été considéré comme préférable pour ces personnes, les soins hospitaliers devant être réservés à des patients nécessitant des soins aigus. L'organisation d'une « filière aval » est une orientation qui s'impose souvent assez naturellement dans les hôpitaux psychiatriques.

[144] La procédure de renouvellement des autorisations d'activité⁷⁹ a pu également être un facteur décisif quand elle se fondait sur des inadéquations majeures d'orientation des malades. C'est le cas pour la Maison de santé pour maladies mentales (MSMM) de la fondation John Bost où le refus de renouvellement de l'autorisation en 2000 était motivé par une inadéquation massive pointée par la DDASS et l'ARH : 82% des patients ne relevaient pas de court séjour. Complétée en 2006 par une coupe transversale réalisée en commun par plusieurs institutions (DDASS, CRAM, CME et Conseil général), il est apparu que plus de 50% des malades devaient être orientés vers le médico-social.

[145] Ces enquêtes médicales ont donc été déterminantes car elles ont permis d'objectiver une situation, le plus souvent perçue par les praticiens au sein de ces établissements, mais sans que le débat à ce sujet ne soit ouvert⁸⁰.

⁷⁹ Cette procédure est prévue par les L-6122-1 et s. du CSP.

⁸⁰ Seule l'opération d'extension du FAM et de création d'une MAS par le centre hospitalier Sud-Gironde n'est pas présentée comme ayant été issue d'un véritable examen individuel des patients mais elle s'est réalisée dans un établissement qui gérait déjà un établissement médico-social pour personnes handicapées et possédait donc une expérience d'évaluation des besoins de patients.

- [146] Dès 2000 la MNSM préconisait aussi cette première approche : « une orientation vers une prise en charge dans laquelle l'aspect soins, toujours présent, n'est plus prévalent, ne peut s'apprécier qu'à partir des critères objectifs et concordants d'une évaluation clinique personnalisée et sur la base d'un projet personnalisé lui aussi. Cette évaluation clinique doit s'appuyer sur certains outils que constituent les coupes transversales qui peuvent être réalisées par les services médicaux de l'assurance maladie, les travaux menés par les départements d'information médicale, les orientations de la COTOREP ».
- [147] La coupe médicale est donc reconnue comme facteur déclenchant dans la prise de conscience d'une inadéquation partielle de l'activité d'établissements sanitaires, ainsi que l'indiquait un peu plus loin la MNSM dans son guide méthodologique en signalant que « la Cour des comptes a également rappelé en 1998 l'intérêt des études, menées tant par les équipes de secteur que par les services de la Sécurité Sociale visant à déterminer le taux d'inadéquation... »⁸¹.
- [148] Il apparaît donc que les ARS devraient désormais prévoir, avant d'engager toute procédure de conversion, la réalisation systématique d'une coupe médicale dans les établissements, selon une méthodologie unique, ou du moins aussi standardisée que possible.

Recommandation n°5 : Prévoir systématiquement une coupe médicale avant toute décision de conversion, à l'initiative de l'ARS et selon une méthodologie harmonisée, afin de fournir des éléments objectifs d'appréciation.

2.2.1.2. La conversion de lits peut aussi répondre aux difficultés de gestion que rencontre un établissement.

- [149] Ces difficultés peuvent s'exprimer essentiellement sur le plan de l'équilibre financier ou de l'état du bâti.
- [150] Parmi les motifs appelant une conversion, on aurait pu penser que les difficultés financières rencontrées par les établissements, notamment en raison d'une baisse d'activité, devaient être souvent citées. Elles ne l'ont pas été par les huit établissements psychiatriques puisque ceux-ci sont actuellement encore financés par dotation globale, leurs ressources n'étant pas directement liées à leur activité⁸². De même l'hôpital local (RA1) avait très peu de lits soumis à la tarification à l'activité (12 sur 339). Quant au seul centre hospitalier (ex général) concerné (A4), la réorientation vers le médico-social était déjà ancienne et faisait suite à la fermeture de la maternité et de la chirurgie.
- [151] En revanche, la conversion d'activité est souvent présentée comme en lien avec une restructuration du bâti devenue nécessaire. Cette observation est faite dans huit opérations (A1 A2 A3 A4 B1 B6 RA1 RA4) sur les dix étudiées. L'importance de la question immobilière dans les présentations faites à la mission s'explique sans doute par la grande majorité d'établissements à vocation psychiatrique concernés. Ceux-ci, héritiers des institutions asilaires du XIXe siècle, ont eu besoin d'être reconstruits, parfois hâtivement, dans les années 1970, ou très profondément restructurés. Il fallait en conséquence revoir l'implantation de la structure pour se conformer à l'esprit de la sectorisation psychiatrique qui est de rapprocher le lieu de soins du domicile des patients et concevoir des bâtiments plus adaptés à une prise en charge médico-sociale fondée sur un « projet de vie »⁸³ pour les personnes. La MNSM jugeait nécessaire de tels investissements en nommant une de ses annexes : « une architecture au service du projet de vie », montrant ainsi que la conversion devait se traduire par une meilleure qualité de prise en charge.

⁸¹ L'intérêt de ces coupes médicales a d'ailleurs été validé dans l'application de la politique volontariste de partition des USLD, dont une « coupe PATHOS » a été le point de départ systématique. Cette procédure uniforme et obligatoire a permis sur le terrain d'objectiver le débat sur l'adaptation de l'offre de soins à l'état de santé des malades.

⁸² En tous cas jusqu'à leur prochain financement par la T2A.

⁸³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 : art L 311 s. CASF.

[152] Toutefois, c'est seulement dans trois situations (A3 RA1 RA4) que l'état des locaux est présenté comme pesant lourdement dans la décision. Les bâtiments étaient à la fois vétustes et inadaptés et à l'occasion du débat sur les décisions à prendre (rénover, reconstruire sur place ou sur un autre site...), la question de l'avenir de l'institution s'est naturellement posée. Dans les autres opérations où apparaissent des problèmes immobiliers (A1 A2 A3 B1 B6), le projet immobilier entrepris paraît être plutôt la conséquence de la nouvelle orientation donnée à l'établissement.

[153] La CNSA peut contribuer au financement de ces projets immobiliers grâce à son plan d'aide à la modernisation des établissements sociaux qui a trois objets, parfaitement adaptés aux conversions : rénover le parc d'hébergement et d'accueil, adapter les locaux pour une meilleure qualité de service, générer un effet de levier financier et réduire l'impact économique des opérations d'investissement sur les usagers⁸⁴. Les sommes ainsi disponibles ont été substantielles : 1,3 Md€ ont été engagés entre 2006 et 2009⁸⁵ et, au total, ce financement a permis de générer 8,253 Md€ Sur la période 2006-2009, ce sont 1 649 dossiers qui ont été notifiés⁸⁶. Les préfets de région avaient la possibilité de proposer les actions éligibles dans le cadre d'une enveloppe régionale déterminée par la CNSA. Toutefois, dans le groupe témoin, seul un établissement (A3) a bénéficié de cette aide, d'autres sources de financement étant le plus souvent sollicitées (CRAM, collectivité territoriale, emprunt, autofinancement...).

Recommandation n°6 : La CNSA doit orienter davantage son plan d'aide à l'investissement sur le soutien aux actions de conversion en faveur des personnes âgées ou handicapées.

2.2.2. La réalisation d'une conversion suppose d'obtenir un accord sur son contenu et sur son financement mais le bilan économique s'avère difficile.

[154] Le financement d'une opération est à la jonction entre la phase de décision et celle du lancement de l'opération de conversion. Le conseil d'administration de l'établissement doit voter la décision de transformation dès avant que tous les financements soient assurés, même si certaines assurances lui ont été données. Mais, sans accord sur le financement, l'autorisation administrative de fonctionnement ne peut être prise et l'opération ne peut réellement être lancée. Ces accords sont obtenus à l'issue de procédures toujours longues mais plus ou moins complexes.

2.2.2.1. La première étape consiste à élaborer un projet dans le cadre du projet d'établissement.

[155] Chaque établissement doit élaborer, aux termes de l'article L 6143-2 du CSP, un projet d'établissement, procédure à laquelle la moitié du guide de la MNSM était consacré. Ce projet, a pour objet de définir la politique générale de l'établissement et les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers. Approuvés par l'ARH, ces projets d'établissement programment pour cinq ans maximum l'évolution de l'établissement sur le plan médical (projet médical), avec toutes les conséquences à en tirer en termes de fonctionnement et d'investissement⁸⁷.

⁸⁴ Rapport annuel 2008 de la CNSA.

⁸⁵ Depuis 2006 les plans sont financés sur les excédents de la CNSA, issus de la sous-consommation des crédits dédiés au financement des établissements et services médico-sociaux.

⁸⁶ « Chiffres clés » de la CNSA 2010.

⁸⁷ En interne, avant la loi HPST, les instances de l'établissement (conseil d'administration, commission médicale d'établissement, instances représentatives du personnel) apportaient leur contribution au projet qui devait être finalement voté par le conseil d'administration.

- [156] Jusqu'à la loi HPST, l'échelon départemental était le seul échelon pertinent de planification des établissements et services médico-sociaux relevant de son financement. Chaque conseil général devait - et cette obligation persiste - élaborer un schéma départemental des établissements sociaux et médico-sociaux⁸⁸.
- [157] La cohérence entre la planification régionale conduite par les autorités sanitaires et celle conduite au niveau départemental par le Conseil Général n'était pas prévue jusqu'en 2010 et reposait beaucoup sur la qualité des relations entretenues entre les deux niveaux de décision. Certains projets ont donc butés, au moins temporairement, sur le désaccord entre les deux autorités planificatrices, ce qui s'est traduit par un refus de financement de la part du Conseil général (A2 A5 B3) (cf. infra)⁸⁹.
- [158] Ces procédures, malgré leur lourdeur, avaient l'intérêt de faciliter le processus de maturation du projet et de dégager progressivement un intérêt commun à agir.

2.2.2.2. La réalisation de la conversion suppose un accord du ou des financeurs.

- Cet accord est plus facilement obtenu lorsque les financements restent au sein de l'enveloppe sanitaire.

- [159] Les dix opérations se sont produites par transferts des crédits entre deux sous-objectifs au sein de l'ONDAM⁹⁰ :
- soit pour la totalité de l'opération (A1 A3 B3 RA1 RA4 RA5), quand il s'est agi de convertir des lits psychiatriques en MAS. Six conversions sur dix se sont donc produites par transferts au sein de l'enveloppe de crédits de l'assurance maladie, l'affectation des crédits relevant donc seulement de l'ARH ;
 - soit pour une partie de l'opération, dans quatre cas (A2 A4 B1 B6), quand l'opération consistait à la fois en la création d'une MAS et d'un FAM.
- [160] Les FAM sont en effet des établissements dits « à double tarification » qui exigent un financement du Conseil Général en complément de celui de l'assurance maladie, au titre de l'hébergement et de l'animation. Pour ces opérations, il a donc été nécessaire de négocier avec le département pour le convaincre de son intérêt à participer au financement du FAM. Ainsi, pour Sainte Marie de Privas, le projet a dû comporter plus de places afin de permettre aux résidents du département de bénéficier de places en sus de celles occupées par des non-résidents. De même le département du Finistère a fait valoir qu'il souhaitait un effort de l'ARS en sa faveur pour des créations de places puisqu'il se considère comme sous doté par rapport à la moyenne régionale. Les collectivités territoriales sont également sensibles au fait que la création ou l'extension d'un établissement est synonyme de création d'emplois.
- [161] Ainsi la recherche de financement auprès des départements exige un temps de persuasion et de négociation afin que chacun trouve son intérêt au double financement.

⁸⁸ Dans les faits, cette obligation n'est pas toujours respectée ou l'est partiellement.

⁸⁹ La cohérence à prévoir entre le schéma départemental et le SROSM de l'ARS prévu par la loi HPST est explicitée en partie 3.

⁹⁰ Passage du « sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » à la « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissement et services pour personnes handicapées ».

[162] Cet aspect du financement semble aussi avoir des effets sur la nature même de la transformation décidée. La question s'est plusieurs fois posée pour les lits psychiatriques reconvertie en FAM ou en MAS. La distinction entre le public accueilli dans ces deux types de structures⁹¹ n'apparaît pas toujours clairement aux yeux des gestionnaires ou des personnels. Si certains d'entre eux affirment que l'orientation des personnes accueillies relèvent de critères purement objectifs sur l'état de santé des personnes, d'autres en effet assurent que ce sont les financements disponibles qui ont formaté le choix de réaliser une MAS (financement unique de l'assurance maladie) ou un FAM (financement croisé assurance-maladie/Conseil général). Dans un établissement (B3), il a été clairement exposé à la mission que le fait que le Conseil général avait bloqué les « crédits handicap » jusqu'en 2014 avait imposé de créer une MAS alors qu'un FAM aurait moins coûté à l'hôpital, mais la mission ne peut dire quelle aurait été, dans cette hypothèse, la structure effectivement la mieux appropriée aux besoins.

[163] Sans trancher ces débats, il est possible d'observer l'impact du mode de financement sur le déroulement des opérations. Si l'on compare la durée des dix opérations, celles qui ont relevées d'un seul financeur (assurance-maladie) ont pris en moyenne moins de cinq ans, les autres se sont déroulées sur environ six ans. Même en tenant compte du caractère parfois imprécis des dates retenues pour calculer cette durée⁹², une différence apparaît, les opérations complexes se déroulant sur un temps supérieur à celui des opérations reposant sur une seule source de crédits. Si ce résultat n'est pas surprenant, il confirme la difficulté du montage de ces opérations complexes pour lesquelles les collectivités territoriales doivent être financièrement sollicitées, ainsi que les usagers⁹³.

- La conversion peut en effet induire un surcoût pour les personnes accueillies au sein des établissements médico-sociaux

[164] Dans plusieurs situations, la procédure de conversion et de transfert vers une nouvelle structure se traduit par une contribution supplémentaire mise à la charge des personnes âgées ou handicapées. Cette nouvelle situation est difficile à faire admettre lorsque le patient est demeuré longtemps dans un établissement sanitaire et qu'il devient résident dans une structure médico-sociale alors que son état de santé reste le même.

[165] Pour les établissements accueillant des personnes âgées, le passage de lits sanitaires (SSR, médecine gériatrique...) à une prise en charge médico-sociale entraîne en effet une participation financière des usagers ou de leurs familles. Dans les USLD et les EHPAD, la personne âgée contribue à son hébergement si ses moyens le lui permettent, pour un « reste à charge » comprenant une part du tarif hébergement et des frais annexes, qui est de niveau variable mais n'est pas négligeable⁹⁴. En cas d'insuffisance de revenus, l'aide sociale départementale prend en charge le tarif hébergement⁹⁵.

[166] Pour les patients psychiatriques, s'ils sortent de l'hôpital pour aller en MAS, leur participation restera limitée au paiement du forfait journalier⁹⁶ qui se substituera au forfait hospitalier du même montant et sera prélevée sur leur allocation pour adulte handicapé.

⁹¹ Les MAS sont régies par les art L 344-1 et R 344-1 CASF; les FAM par les art L312-1 et R 314-140 à R314-146 CASF.

⁹² En principe la date de décision du conseil d'administration votant la demande de transformation d'activité et celle de l'ouverture de la structure, mais s'agissant de processus très longs et anciens, des dates aussi précises ont parfois été difficiles à identifier.

⁹³ Cette complexité ne peut que s'amplifier à l'heure où les départements disposent de moins de marges de manœuvres financières.

⁹⁴ « Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD » Rapport IGAS 2009.

⁹⁵ Avant recours éventuel sur les obligés alimentaires.

⁹⁶ Art L 174-4 et R 821-13 CSS.

- [167] Dans les FAM, les frais d'hébergement sont principalement à la charge du bénéficiaire, sa contribution étant déterminée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de la maison départementale des personnes handicapées. Elle est calculée en fonction des ressources du résident mais plafonnée. Le surplus des frais d'hébergement est pris en charge par l'aide sociale départementale.
- [168] Un seul des établissements rencontrés par la mission (B2) (qui a transformé des lits psychiatriques en USLD et n'appartient donc pas au groupe témoin) a insisté sur la nécessité d'une information auprès des résidents et de leurs familles, à la fois individuelle et collective, en terme de contenu de leur prise en charge, du contrat de séjour mais aussi au plan des démarches administratives à entreprendre. A ce titre son expérience est intéressante. Il faut noter aussi que l'hôpital de Plougernevel a su faire participer les familles, réunies en association, aux choix d'organisation de la nouvelle structure.
- [169] En effet, si l'aspect complexe des négociations avec les conseils généraux, en cas de double financement, a toujours été souligné devant la mission, la nécessité d'un accompagnement des usagers sur ses aspects financiers est peu apparue⁹⁷. Les conséquences financières pour les usagers de la transformation juridique d'un établissement sanitaire en médico-social méritent une attention plus individualisée qui est à prendre en compte aussi bien pour les personnes handicapées que pour les personnes âgées. Certaines mesures simples d'information des résidents et de leurs familles (information écrite, orale, réunions ...) pourraient opportunément être mises en œuvre par la direction de l'établissement, dès le début et au long du déroulement de l'opération.

Recommandation n°7 : Les établissements doivent délivrer une information personnalisée aux usagers et à leurs familles dans tous les cas où la conversion induit une modification dans la prise en charge financière des frais de séjour, et ceci suffisamment en amont du transfert effectif vers la nouvelle structure.

2.2.2.3. Pour les financeurs, le bilan économique des conversions s'avère difficile.

- La traçabilité des aspects financiers des opérations de conversion n'est pas réalisée de façon rigoureuse.

- [170] Lors des entretiens, la mission a voulu s'attacher à évaluer le bilan économique des dix opérations. Celui-ci n'a pu lui être présenté pour différentes raisons. En premier lieu, il est clair que ce bilan n'avait pas été la préoccupation essentielle des acteurs, qui recherchaient avant tout l'efficacité technique. S'agissant en outre d'opérations anciennes et/ ou englobant plusieurs opérations « en tiroir », la traçabilité des flux financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, s'avère quasiment impossible à reconstituer en l'absence fréquente d'une comptabilité analytique dans les deux secteurs.
- [171] Enfin, le modèle économique d'une conversion du sanitaire vers le médico-social n'existe pas : que convient-il d'y faire apparaître ? Comment prendre en compte une meilleure qualité de service ? Comment évaluer les coûts évités (ex : hospitalisation écourtée si la prise en charge médico-sociale est disponible, prescription médicamenteuse évitée...) ? Comment évaluer les coûts indirects (plusieurs petites structures sont plus coûteuses à gérer qu'une seule) ? Il serait notamment utile de distinguer les « coûts de transition »-(remise à niveau de l'immobilier, formation, sureffectif temporaire...) qui peuvent être acceptés, des surcoûts structurels qui n'auraient pas été prévus (coût de fonctionnement de la nouvelles structure, non résorption des sur effectifs...).

⁹⁷ La MNSM ne traitait, dans le guide méthodologique précité, des relations avec les familles que sous l'angle du conseil d'établissement.

- La conversion coûte généralement plus cher en fonctionnement mais une augmentation d'activité est souvent relevée.

[172] La mission s'est efforcée de comparer les ratios de personnel avant et après conversion. Les résultats obtenus doivent être regardés avec précaution en raison de la difficulté de reconstituer a posteriori les tableaux d'effectifs, ce qui ne permet que des comparaisons de faible fiabilité.

[173] Sur les dix opérations, seules sept permettent l'établissement de tels ratios. Pour quatre opérations, le ratio de personnel a augmenté (A3 A4 RA4 RA5), pour trois autres il a baissé (A1 B1 B6). Le changement de prise en charge, moins médicalisé, semble donc plutôt exiger davantage de personnel, ce qui peut paraître paradoxal. Une autre hypothèse est que l'élaboration d'un nouveau projet de service et la nécessité de négocier avec les partenaires sociaux provoquent l'apparition de nouveaux besoins dans l'organisation et/ou ralentit les adaptations nécessaires.

[174] En outre, ainsi que cela a déjà été montré, la conversion a un coût quasi inévitable en investissement (cf. supra) car des travaux sont toujours nécessaires pour adapter un établissement à une nouvelle activité. Ce surcoût se répercute dans le coût du fonctionnement à travers les dotations aux amortissements et les frais financiers.

[175] D'autres surcoûts en fonctionnement sont inévitables quand on procède à l'amélioration du confort d'un établissement mais il n'est actuellement pas possible de savoir si, dans telle structure, ils sont compensés ou non par des économies (économies d'énergie par exemple).

[176] Il est important de noter cependant que l'opération de conversion donne souvent lieu à une augmentation de l'activité dans le champ médico-social, sauf quand il s'agit de la restructuration de grandes institutions psychiatriques pour lesquelles, en outre, le suivi de l'évolution des capacités sur une longue période s'avère impossible. Sur huit opérations pour lesquelles on peut suivre l'évolution de du nombre de lits/places, quatre ont donné lieu à une augmentation de capacité (A1 A3 A4 RA5), deux à une baisse de capacité (B1 RA1), deux autres sont restées au même niveau (B3 RA4).

[177] La seule observation possible à ce stade est que la préoccupation économique n'apparaissait pas primordiale dans les opérations examinées. Ainsi les estimations établies au plan national d'économies potentielles liées à la reconversion de lits sanitaires ne sont aucunement confortées dans le cas des opérations étudiées.

[178] En l'absence de données fiables et suffisamment nombreuses, la mission estime impossible de tirer un quelconque bilan économique des conversions. Elle ne peut dans ces conditions qu'attirer l'attention sur l'intérêt pour les autorités locales de disposer d'objectifs économiques en cas de conversion et d'un support méthodologique qui permettrait de les suivre sous cet angle. La mission émet une recommandation dans ce sens (cf. infra).

2.2.3. La recherche de l'adhésion du personnel au changement d'activité est une condition nécessaire de réussite.

[179] Le guide méthodologique de la MNSM, déjà cité, décrit bien les difficultés rencontrées en psychiatrie lors de la création d'une structure médico-sociale : « *les craintes, les questions, les résistances qui accompagnent le plus souvent un tel projet ne doivent pas être sous-estimées* ». Il ajoute: «... elles nécessitent attention, écoute et concertation ... ».

2.2.3.1. L'ensemble du personnel peut être lié par le même sentiment de « déclassement » ou « déqualification ».

[180] Le passage vers le médico-social est souvent vécu comme « dévalorisant »⁹⁸ par le personnel médical et non médical et cela quelle que soit sa qualification. Cette observation a toujours été faite lors des entretiens, sans doute à cause de la perte de l'environnement médical, son prestige, sa technicité rassurante.

[181] Il existe actuellement un manque de (re)connaissance entre les métiers du secteur sanitaire et ceux du secteur médico-social. Le divorce culturel entre ces professionnels s'explique d'abord par des filières de formation étanches, les cycles de formation relevant d'écoles ou instituts spécifiques. Au cours d'une carrière, les promotions se déroulent au sein de la même filière⁹⁹, sauf à reprendre une formation pour en changer. Les valeurs transmises au long de ces cursus sont différentes : « *le sanitaire évaluant et traitant (diagnostic et déficience) - et le médico-social qui étaye la personne dans sa vie au quotidien (palliant incapacité et désavantage social)* »¹⁰⁰. Ainsi il n'est pas simple, quand on a appliqué longtemps des « protocoles de soin », de passer à la mise en œuvre d'un projet de vie individualisé¹⁰¹.

[182] Celui-ci s'appuie sur la notion de « bientraitance » qui est désormais centrale dans le champ du médico-social. L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) fait en ce sens des recommandations de bonnes pratiques professionnelles destinées aux établissements sociaux et médicosociaux¹⁰². Une autre façon d'exprimer cette différence culturelle peut se formuler en ces termes venant du secteur marchand : il s'agit de passer de « *l'excellence opérationnelle* » liée à la maîtrise des risques à une stratégie « *intimité client* » de coconstruction de valeurs avec la personne¹⁰³.

[183] Il est remarquable que la formation des directeurs d'établissement relève aussi de deux filières, directeur d'hôpital (DH) et directeur d'établissement social et médico-social (DESSMS), alors même que les métiers sont proches. La mission a rencontré les équipes de formation de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) qui affirment leur volonté commune que la préoccupation des personnes âgées soit partagée par les deux filières. Des modules communs sur cette thématique existent d'ores et déjà et la formation des DH comporte un stage obligatoire de huit jours en EHPAD. Toutefois, aujourd'hui encore, les DH restent majoritairement « attirés par le plateau technique ». Parallèlement les DESSMS choisissent de préférence d'être affectés dans un hôpital local¹⁰⁴.

Recommandation n°8 : Pour favoriser le rapprochement des deux secteurs au niveau du management, demander à la DGOS et au centre national de gestion d'étudier les voies de convergence possibles entre les deux filières de formation et de carrière des DH et des DESSMS.

⁹⁸ Et ceci même en l'absence de tout changement statutaire.

⁹⁹ Exemples : pour le médico-social : d'aide éducateur à éducateur spécialisé ; pour le sanitaire : d'agent des services hospitaliers en aide-soignante.

¹⁰⁰ Guide précité de la MNSM.

¹⁰¹ Ce que certains expriment ainsi : « prendre soin », essentiellement du corps, n'est pas de même nature que « avoir soin de » la personne.

¹⁰² Un accord de partenariat a été signé le 17 novembre 2010 entre l'ANESM et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) qui a pour mission de mettre à disposition des établissements de santé et médico-sociaux les services et outils leur permettant d'améliorer leur performance.

¹⁰³ Dixit Mr. Chardanne, directeur de l'ANESM, s'inspirant de l'expérience du secteur marchand.

¹⁰⁴ Un directeur DESSMS peut assurer la direction d'un CH s'il ne comporte pas de lits de chirurgie ou d'obstétrique et figure sur « une liste arrêtée par le ministre chargée de la santé » (décret 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière).

- [184] La position des médecins par rapport au médico-social est plus ambivalente. Au sein des hôpitaux psychiatriques, les psychiatres sont souvent demandeurs de la création de places en MAS ou FAM car ils souhaitent concentrer leur activité sur des patients qui ont besoin de soins actifs. Il leur appartient ensuite d'emporter l'adhésion de leurs équipes. La MNSM insistait d'ailleurs sur le rôle de la commission médicale d'établissement qui « *doit être saisie très en amont de la réalisation du projet* » afin de « *contribuer à faire accepter par les équipes de nouveaux modes de fonctionnement* »¹⁰⁵.
- [185] Certaines équipes médicales restent pourtant rétives au changement : ainsi au centre hospitalier de La Candélie, le corps médical a longtemps refusé la création d'une MAS. De même, au cours de plusieurs entretiens relatifs à différents établissements, les médecins ont insisté sur le fait que des orientations vers le médico-social de patients psychiatriques « *ne tenaient pas* » sur le moyen terme et que des réadmissions en milieu hospitalier s'avéraient nécessaires, montrant ainsi leurs réticences ou du moins leur ambivalence.
- [186] Le cas de l'hôpital de Tarare - qui n'entre pas directement dans notre sujet puisqu'il envisage la fermeture de la chirurgie et partiellement de la médecine mais en conservant une activité médicale - montre cependant que les médecins peuvent être moteurs d'une transformation. Les deux chirurgiens en place ont en effet pris conscience qu'ils ne pourraient certainement pas être remplacés et ont pris l'initiative, avec le maire, d'engager des négociations avec l'hôpital de Villefranche-sur-Saône en élaborant, avec le soutien de leur direction et de l'ARS, un projet de santé publique dans ce territoire.
- [187] Les résistances ici décrites peuvent être plus ou moins durables. Dans un établissement (A3), elles auraient duré dix ans. Généralement elles s'apaisent grâce à de bonnes pratiques managériales qui seront présentées ci-dessous.
- [188] Il convient de noter que, dans le secteur privé à but non lucratif, lorsque les statuts de l'association gestionnaire sont orientés vers la prise en charge globale de l'individu (à la fois sanitaire et sociale), les réticences du personnel sont moindres. Les valeurs portées par l'association s'avèrent un élément de souplesse compensant les résistances dues au sentiment identitaire des professionnels. Ce fut le cas quand l'association hospitalière de Bretagne, qui gérait un service d'aide par le travail (ESAT) et un service d'accompagnement à la vie sociale, a repris en 1995 l'ancien hôpital psychiatrique de Rostrenen et a notamment créé un FAM. De même la culture du médico-social de la Fondation John Bost a facilité la conversion des lits sanitaires.
- [189] Ceci confirme donc que les résistances au changement sont avant tout liées à la culture professionnelle et qu'elles ne tombent pas sans une forte implication managériale pour accompagner le changement. A cet égard, la mission a fait différentes observations.
- 2.2.3.2. L'acceptation de la nouvelle orientation de l'établissement est souvent facilitée par l'intervention de nouveaux décideurs ou d'acteurs externes.
- [190] La mise en œuvre du changement d'une structure est souvent facilitée par l'intervention de nouveaux décideurs qui peuvent plus facilement rompre avec certaines habitudes ou pratiques et incarner de nouvelles orientations.
- [191] L'équipe de direction et le conseil d'administration sont des acteurs essentiels, et en principe en parfaite coordination, du changement. Mais le désaccord entre ces deux niveaux peut bloquer ou retarder la décision, ainsi que cela a été le cas pour le centre hospitalier de la Mure, où le dépôt du dossier CROSM a été de ce fait retardé de trois ans.

¹⁰⁵ Guide de la MNSM précité.

- [192] Un directeur peut aussi figer plus ou moins durablement une situation ; pour cela, un changement de direction peut être nécessaire. Dans quatre établissements (B3, B6, RA1, RA 4)¹⁰⁶, l'arrivée d'un nouveau directeur a permis de faciliter l'avancement du projet de conversion ou de le conduire avec efficacité. Le cas de l'hôpital local Claude Dejean est emblématique d'une situation enkystée du fait de la présence d'un même directeur pendant 29 ans, qui est ensuite devenu président du conseil d'administration de ce même hôpital pendant quatre années supplémentaires. Au CH Guillaume Régnier, le nouveau directeur a succédé au précédent qui était resté 18 ans et a pu faire évoluer ce grand hôpital psychiatrique.
- [193] L'arrivée d'un directeur issu de la filière DESSMS est aussi de nature à faciliter la transition vers le médico-social. Il s'agit souvent de l'inclusion dans l'équipe de direction d'un directeur adjoint issu de cette filière qui se consacre à la structure médico-sociale (A1 RA1 B6). La MNSM soulignait déjà l'importance de la mixité de direction : le « *principe d'une véritable autonomie du directeur d'établissement médico-social doit être posé. Ce principe apparaît essentiel* »¹⁰⁷.
- [194] Cette nouvelle direction peut ou non accompagner l'arrivée d'un nouveau gestionnaire, comme au centre hospitalier de Plougernevel. Ce centre hospitalier était auparavant géré par un groupe privé, de niveau national, qui envisageait de ne pas poursuivre son activité dans cette région. L'association hospitalière de Bretagne a repris la gestion de ce grand établissement psychiatrique (1600 lits en 1990) accueillant essentiellement des patients en provenance d'Ile de France. Animés par la conscience que cette situation était appelée à évoluer et qu'il convenait de l'anticiper pour permettre de sauver l'emploi des salariés dans cette région enclavée, les nouveaux gestionnaires ont entrepris activement de conduire la reconversion de cette structure qui ne comptait plus que 160 lits de psychiatrie en 2010. La création d'une MAS et d'un FAM ont fait partie de ce vaste programme de restructuration. Il convient d'indiquer que l'association hospitalière de Bretagne a insisté devant la mission sur sa forte implantation dans son territoire, s'appuyant volontairement sur des édiles locaux qui appartiennent au conseil d'administration.
- [195] Le personnel a suivi sa nouvelle direction en étant conscient que l'établissement pouvait être purement et simplement fermé s'il n'évoluait pas. La mobilité nécessaire pour l'ouverture de structures excentrées de l'établissement a été acceptée, dans un rayon maximum de 60 kms, la direction ayant spécifié que le personnel pouvait revenir sur son acceptation au bout de deux ans. Cette clause n'a pas été utilisée mais elle montre que l'association a conduit l'opération avec un souci d'instaurer des relations sociales de qualité.
- [196] La mission souhaite également citer l'exemple de la fondation Caisse d'épargne qui a exposé le rôle qu'elle peut jouer, lorsqu'elle est sollicitée en appui, pour relancer des négociations locales et faciliter les restructurations¹⁰⁸.
- [197] De ces différents exemples, la mission retient que les opérations de conversion, souvent délicates à mener, peuvent être facilitées par l'intervention d'un « tiers », personne ou structure extérieure, qui, n'étant pas partie aux discussions et conflits antérieurs à son arrivée, peut plus facilement proposer des solutions acceptables aux acteurs en place.
- [198] Pour les conversions qui s'avèrent conflictuelles, la mission insiste sur l'intérêt que les ARS doivent porter à la conduite managériale du projet en faisant évoluer l'équipe de direction et en faisant appel, si besoin, à un conseil extérieur.

¹⁰⁶ C'est également le cas pour trois partions d'USLD (B4 B5 RA2).

¹⁰⁷ Guide de la MSNM précité.

¹⁰⁸ L'exemple de la restructuration du centre de soins de suite pour grands brûlés de l'Argentière (Ardèche) est illustratif du déblocage d'une situation, grâce à l'action de cette fondation qui est intervenue pour faciliter le dialogue entre les acteurs, développer des processus d'ingénierie sociale et ainsi faciliter l'évolution de cette structure (transfert des lits sanitaires vers les CHU de Lyon et Saint Etienne et création d'un FAM et d'un EHPAD).

2.2.3.3. L'accompagnement en ressources humaines est toujours nécessaire.

- [199] Si une opposition du personnel est affirmée au début d'un projet et persiste, elle ne peut en effet être ignorée et le conseil d'administration et la direction doivent en tenir compte. Selon la MNSM, « *il revient à la direction des soins infirmiers et à la direction des ressources humaines de piloter et d'accompagner, en concertation étroite, une évolution aux implications fortes en terme de gestion des emplois et des compétences* »¹⁰⁹. Plus récemment l'IGAS déplorait, pour les PRIAC, que la valorisation des emplois soit « *balbutiante* » et recommandait de mieux prendre en compte les besoins en formation et travailler à construire avec les Conseils régionaux des schémas pluriannuels de formations¹¹⁰.
- [200] La responsabilité de l'équipe de direction est de faire comprendre et accepter les contraintes liées à une reconversion, d'une part la modification de la structure du personnel : baisse du nombre d'infirmiers, introduction de nouvelles compétences (AMP, éducateurs spécialisés, psychologues, orthophonistes...) et, d'autre part, l'introduction de nouvelles techniques de travail. Orientations que la MNSM appelait déjà de ses vœux sous deux rubriques : « acquérir de nouvelles compétences » et « faire évoluer les lieux de soin en lieux de vie ».
- [201] Pour ce faire, toutes les opérations présentées, et donc par définition conduites à leur terme, se sont appuyées sur un volet de mesures d'information et de formation en faveur du personnel¹¹¹. Les mesures qui ont été décrites par les établissements ne sont pas toujours identiques car elles sont adaptées à chaque situation.
- [202] Celles qui ont été le plus souvent citées concernent :
- l'adaptation des compétences.
 - par la formation à l'élaboration du « projet de vie » (B1), aux nouvelles qualifications, par exemple (A1 B6) d'aides soignantes au métier d'AMP, ce qui leur a permis une promotion professionnelle ;
 - par la promotion professionnelle : promotion d'ASH en AMP (A3), d'ASH en aides-soignantes (RA1) ; formation d'une AS en infirmière ; validation des acquis de l'expérience d'une ASH (RA2) ;
 - par la participation du personnel à l'étude architecturale pour la rénovation ou la construction (A1), à l'organisation de groupes de travail (B3) ; par des visites d'établissements similaires pour sensibiliser le personnel (RA 4) ; par le volontariat et l'appel à candidatures pour travailler dans la structure médico-sociale (B3 B6).
 - le rôle de l'encadrement.
 - recrutement d'un cadre socio-éducatif pour faire évoluer les métiers et les cultures professionnelles (RA4) ; formation au management pour l'encadrement qui a reçu l'aide financière du fonds national pour l'emploi (FNE) et du fonds social européen (FSE) (B6).
- [203] Ces actions se sont déroulées le plus souvent dans le cadre du plan de formation de l'établissement. Elles ont pu être conduites avec le soutien de l'ARH, comme dans le centre hospitalier Etienne Gourmelen où le maintien des crédits dans la base budgétaire de l'établissement a permis notamment un accompagnement social en formation. Pour l'hôpital local Claude Dejean, au sein du groupement de coopération hospitalière dont l'hôpital fait partie, l'ARS a financé des postes d'ingénieurs spécialisés en gestion des risques et d'infirmières hygiénistes.

¹⁰⁹ Guide de la MNSM précité.

¹¹⁰ « Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC », rapport IGAS 2009.

¹¹¹ Et cela même pour les partitions d'USLD où la patientèle restait la même. C'est seulement dans le cas de la conversion des lits d'USLD en lits d'EHPAD du CH de La Mure où le personnel n'a pas été impacté par cette partition, en l'absence de partition physique, que n'a pas été signalé la nécessité d'une politique active en ressources humaines.

[204] Pour faciliter la construction de ce volet « ressources humaines » de la méthodologie de conversion, un travail de recensement des craintes exprimées par le personnel ainsi que de celles qui ne peuvent l'être (sentiment d'incompétence par exemple) est à lancer dès l'annonce du projet. Cet « état des lieux social » peut être aidé par l'intervention d'un consultant extérieur qui facilite une expression libre. Ce soutien externe en ressources humaines a été recherché par le CH sainte Marie de Privas et la fondation John Bost.

[205] La question du financement n'a jamais été présentée comme un obstacle à la mise en œuvre de ce volet social, les hôpitaux disposant de plans de formation structurés. L'association hospitalière de Bretagne a pour sa part bénéficié du FNE et du FSE. D'autre part, le centre hospitalier Le Valmont a obtenu l'appui financier du FMESPP pour proposer des indemnités de départ volontaires à certains professionnels. Il faut d'ailleurs rappeler que, dans son rapport précité, le sénateur A. Vasselle¹¹² propose d'« envisager de créer des outils de « fluidification », par exemple réorienter le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) vers le financement des restructurations et des conversions de structures ». La mission souhaite que ce volet ressources humaines soit pris en compte dans la méthodologie qu'elle appelle par ailleurs de ses vœux (cf. recommandations supra).

[206] Au terme de cette partie, il est nécessaire de questionner les raisons pour lesquelles le groupe témoin étudié comporte très majoritairement des hôpitaux psychiatriques et la création de structures pour les personnes handicapées.

[207] Ces conversions présentent des spécificités :

- il existe une forte proximité technique et professionnelle entre la psychiatrie et son aval. La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 est une expression de ce continuum naturel entre le sanitaire et le médico-social en psychiatrie ;
- la simplicité de financement, du moins pour les MAS totalement financées par l'assurance maladie.

[208] Les établissements pour personnes âgées se caractérisent différemment par :

- le fossé technique et culturel avec les soins aigus est profond, il ne se franchit pas sans de multiples soutiens, difficiles à mobiliser ;
- le double financement avec les départements est de règle pour les EHPAD.

[209] Dans un contexte général peu favorable aux conversions, ces facteurs structurels expliquent le faible nombre de conversions de lits sanitaires en EHPAD observé par la mission.

3. AU-DELA DES APPORTS DE LA LOI HPST, LE DEVELOPPEMENT DES CONVERSIONS RESTE UNE QUESTION OUVERTE POUR L'AVENIR.

[210] Au terme de ce double diagnostic - macro et micro - sur la réalité des conversions de structures sanitaires en équipements médico-sociaux, la mission est en mesure d'affirmer que la question du devenir des conversions reste aujourd'hui ouverte. Elle se pose à un double titre :

- la loi HPST contient des dispositions qui pourraient inciter et aider à un recours croissant aux conversions, s'il en est fait usage ;
- la loi HPST est une condition nécessaire mais pas suffisante et doit être complétée par d'autres leviers, de nature stratégique et opérationnelle.

¹¹² Rapport précité

3.1. La loi HPST présente des risques et des opportunités pour le développement des conversions hospitalières

[211] La mission s'est déroulée à un stade très inachevé du déploiement des nombreuses dispositions prévues par la loi HPST ; les trois ARS visitées n'avaient en effet pas encore ou avaient peu fait usage des outils que cette loi met à leur disposition. Certains de ces outils peuvent aider les ARS à développer les conversions si les ARS les utilisent dans ce sens mais le risque existe que cela ne soit pas le cas. Quatre dispositifs prévus par la loi HPST vont dans le sens d'un plus grand recours aux conversions hospitalières pour améliorer la prise en charge des personnes âgées :

- les ARS, qui ont pour mission d'articuler les secteurs sanitaire et médicosocial et qui disposent d'instances propices à cette articulation et à la concertation avec les conseils généraux ;
- les instruments de planification de niveau régional (plans et schémas régionaux) et départemental (plans et schémas départementaux) ;
- les instruments de mise en œuvre de cette planification (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et autorisations) ;
- le comité national de pilotage chargé de coordonner l'action des ARS dans leurs différents domaines d'intervention.

3.1.1. Le risque existe que les ARS ne considèrent pas l'articulation des secteurs sanitaire et médicosocial comme prioritaire.

[212] La question des conversions de structures hospitalières en structures médicosociales pour personnes âgées constitue l'un des enjeux de l'articulation entre les secteurs sanitaire et médicosocial. Les ARS, sous réserve qu'elles s'y intéressent, ont un rôle central à jouer dans les conversions.

3.1.1.1. Les ARS ont pour mandat de décloisonner les deux secteurs.

[213] Comme mentionné dans le rapport de l'IGAS relatif à « l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie » : « *La création des ARS devrait permettre d'entrer dans une logique de décisionnaire unique dans l'organisation et le financement des structures (établissements de soins, médecine de ville, structures médicosociales) et de fongibilité des enveloppes* ».

[214] Si les ARS se nomment ainsi et non « agence régionale de la santé et du médicosocial » ou « agence de la santé et de l'autonomie », c'est par référence à la définition large de la santé donnée par l'OMS qui permet de couvrir à la fois les soins, la santé publique et les accompagnements médicosociaux.

- [215] Avec la transformation des ARH en ARS, ces dernières ont donc désormais pour objectif de décloisonner les secteurs sanitaire et médicosocial, tant sous l'aspect territorial (répartition de l'offre sur les territoires) qu'économique (meilleure utilisation des ressources et maîtrise des dépenses). Dans son rapport déjà mentionné, le sénateur A. Vasselle insiste sur la nécessité de « *promouvoir l'impératif d'une meilleure coordination entre les secteurs sanitaire et médicosocial* » en ces termes : « *Il s'agit à l'évidence d'un enjeu essentiel des futures ARS, dont le gouvernement a prévu qu'elles seraient compétentes conjointement dans le champ sanitaire et dans le champ médicosocial. Trois rapports officiels publiés récemment¹¹³ soulignent la nécessité de cette démarche, sans toutefois trancher sur les modalités précises d'intervention des ARS dans le domaine médicosocial* ».
- [216] Dans chaque région, la politique que la toute nouvelle ARS a pour mission de mettre en œuvre s'inscrit donc dans le cadre de trois politiques publiques¹¹⁴ : la politique nationale de santé, l'action sociale et médicosociale et le financement de l'assurance maladie. A cette fin, la loi HPST prévoit que l'ARS définit et met en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, des objectifs et principes fixés par ces textes.
- [217] L'un des principaux objectifs de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (loi dite HPST) est, en réunissant au niveau régional les forces de l'Etat et de l'assurance maladie, de favoriser les décloisonnements entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médicosocial. Les ARS rencontrées par la mission ont fait part de leur volonté de décloisonner dans tous les domaines, et en premier lieu, au sein du secteur sanitaire, entre l'hôpital et la médecine de ville.
- [218] La mission souligne le risque de conflits entre les priorités, la priorité donnée aux ARS de décloisonner l'hôpital et la médecine de ville ne doit pas leur faire perdre de vue la nécessité de décloisonner parallèlement - et tout aussi vigoureusement - les secteurs sanitaire et médicosocial.

3.1.1.2. Les relations entre les ARS, les conseils généraux et les opérateurs du médicosocial.

- [219] Avec la suppression des DDASS et la régionalisation du médicosocial au niveau des ARS, la loi HPST a déstabilisé des relations entre les services de l'Etat d'une part, et les conseils généraux et les opérateurs du médicosocial d'autre part. Les représentants des conseils généraux et des opérateurs rencontrés par la mission lui ont clairement fait part de leur crainte de voir, avec la création des ARS, les considérations sanitaires l'emporter sur les considérations médicosociales.

¹¹³ Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) - Philippe Ritter - janvier 2008. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher - avril 2008. Rapport d'information de la mission de l'Assemblée nationale sur les agences régionales de santé - Yves Bur - février 2008.

¹¹⁴ Art.L. 1431-1 du CSP : « *Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :*

- *des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;*
- *des principes de l'action sociale et médicosociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;*
- *des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.*

Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

... »

Art.L. 1431-2 du CSP : « *Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :*

1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

... »

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médicosociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

- [220] Le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médicosocial passe donc en premier lieu par une relation renouvelée avec les conseils généraux. A cet égard, les ARS doivent s'appuyer sur la commission de coordination pour la prise en charge et l'accompagnement médicosocial créée par la loi HPST, commission qui est compétente pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Recommandation n°9 : Les ARS doivent utiliser pleinement la commission de coordination pour la prise en charge et l'accompagnement médicosocial comme lieu privilégié de dialogue avec les conseils généraux afin de dégager des intérêts communs autour des conversions.

- [221] Les ARS disposent de délégations territoriales qui sont chargées, au sein de chaque département, de servir d'interface entre le niveau régional et le niveau de proximité ainsi que des contacts et échanges avec le conseil général. Mais l'univers médicosocial est très atomisé par rapport à celui du sanitaire et la régionalisation, acquise depuis un certain temps dans le secteur sanitaire, n'y est donc pas aussi évidente. Le rapporteur du projet de loi devant l'Assemblée nationale précisait que cette disposition sur les délégations territoriales visait « à garantir que l'ARS ait les moyens de mener un dialogue suivi et approfondi avec les responsable du secteur médicosocial, qui sont organisés pour la plupart à l'échelon départemental ». Le sénateur A. Vasselle, dans son rapport déjà mentionné, insiste sur la nécessité d'un échelon départemental de l'Etat : « Le bilan des contacts établis au quotidien entre les conseils généraux et les Ddass, au niveau départemental ... fait ressortir la nécessité de maintenir une présence de l'administration d'Etat à ce niveau, sujet qu'il faudra par ailleurs traiter dans le cadre de la création des futures agences régionales de santé. ».

- [222] Les délégations territoriales ont donc un rôle spécifique à jouer dans le secteur médicosocial et leur positionnement vis-à-vis des conseils généraux et de l'ARS est important compte tenu du caractère départemental de la gestion de ce secteur assurée jusqu'à la création des ARS par les conseils généraux et les DDASS¹¹⁵. Deux des ARS rencontrées par la mission ont fait part de leur intention de faire gérer l'essentiel des processus stratégiques (autorisations d'activité, allocation de ressources) par le niveau régional et de déléguer aux directions territoriales les processus techniques (analyse des comptes, dialogue de gestion avec les établissements), or il apparaît à la mission qu'une trop grande concentration régionale des processus stratégique risque de nuire au dialogue et à la concertation avec les conseils généraux et au maintien du lien de proximité avec les opérateurs du médicosocial.

- [223] La voie est donc étroite pour que les délégations territoriales parviennent à exercer un rôle utile dans un domaine où une trop grande centralisation régionale serait de toute façon incompatible avec le nombre d'établissements et d'acteurs avec lesquels l'Etat doit désormais entretenir un véritable dialogue de gestion. Or le dialogue de gestion semble a priori indissociable de l'allocation des ressources si bien que la solution passe peut-être, comme l'envisage l'ARS Bretagne, par un dispositif combinant un fort cadrage budgétaire par le niveau régional et un mandat donné aux délégations territoriales pour la négociation des ressources et le dialogue de gestion. Cette solution présente l'avantage de réserver à l'ARS la tâche stratégique de procéder aux péréquations financières entre départements et donc de jouer son rôle de gardienne de l'égalité d'accès aux droits.

Recommandation n°10 : Sur le champ du médicosocial, les ARS doivent éviter une trop grande centralisation et reconnaître à leurs délégués territoriaux des pouvoirs suffisants pour leur permettre de nouer une véritable concertation avec les conseils généraux et les opérateurs de ce secteur.

¹¹⁵ La mission n'a pas traité de cette problématique dans le champ sanitaire.

3.1.1.3. Les ARS et les instances de concertation.

- [224] Deux instances nouvelles instaurées par la loi HPST ont une composition et des compétences transversales qui doivent permettre aux ARS de décloisonner et d'articuler, à un niveau politique, les secteurs sanitaire et médicosocial et, partant, d'impulser et de piloter les conversions hospitalières.
- [225] Les **conférences de territoire** installées dans chaque territoire de santé ont notamment pour mission de contribuer à mettre en cohérence les projets territoriaux avec le projet régional de santé. Elles comprennent des représentants d'établissements de santé et de services et établissements sociaux et médicosociaux, des représentants des collectivités territoriales dont les conseils généraux ainsi que des représentants d'associations agréées œuvrant dans le secteur médicosocial et des représentants d'associations de retraités et personnes âgées.
- [226] La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) :
- comprend huit collèges représentant les collectivités territoriales, les usagers et associations (dont des associations de retraités et personnes âgées), les conférences de territoires, les professionnels de santé, les organisations représentatives des salariés et employeurs, les organismes de protection sociale et les gestionnaires d'établissements sanitaires et médicosociaux.
 - est composé de quatre commissions spécialisées : prévention, organisation des soins, droit des usagers et prises en charge et accompagnements médicosociaux.
- [227] La CRSA doit, en tant qu'organisme consultatif qui concourt, par ses avis et propositions (notamment sur le projet régional de santé), à la politique régionale de santé et qui organise le débat public sur les questions de santé, veiller à développer une approche cohérente et coordonnée des questions sanitaires, sociales et médicosociales.
- [228] Une telle approche transversale est possible, du fait de sa composition, lorsque la CRSA se réunit en séance plénière, mais également, grâce aux participations croisées des membres des deux commissions spécialisées que sont la commission pour les prises en charge et accompagnements médicosociaux et la commission de l'organisation des soins¹¹⁶.
- [229] Dans les trois régions visitées par la mission, tant les représentants des agences que ceux des conseils généraux ont insisté sur le rôle - encore naissant compte tenu de la jeunesse des ARS - que ces deux institutions sont appelées à jouer pour améliorer l'articulation entre les deux secteurs et, ce faisant, pour promouvoir les conversions.
- [230] Pour la mission, les ARS doivent veiller à s'appuyer, pour promouvoir les conversions, sur les deux institutions de concertation et de coordination que sont les conférences de territoires et la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

3.1.1.4. L'organisation des ARS.

- [231] La lecture d'un échantillon d'organigrammes d'ARS met en évidence que si plusieurs d'entre elles ont fait le choix d'intégrer les sujets sanitaires et médicosociaux au sein d'une direction unique regroupant ces deux thèmes (ex : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'azur, Bretagne, Basse-Normandie, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon), plusieurs ARS ont en revanche fait d'autres choix d'organisation dans lesquels ces deux thèmes sont séparés, par exemple :

¹¹⁶ Le décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de santé et de l'autonomie prévoit que deux membres de la commission pour les prises en charge et accompagnements médicosociaux sont aussi membres de la commission de l'organisation des soins et que deux membres de cette dernière sont également membres de la commission pour les prises en charge et accompagnements médicosociaux.

- en se dotant d'une part d'une direction du handicap et du grand âge et d'autre part d'une direction de l'efficacité et de l'offre de soins (ex : Rhône-Alpes) ;
- en regroupant offre médicosociale et santé publique au sein d'une même direction (ex : Aquitaine).

[232] A l'intérieur de la première catégorie des ARS ayant fait le choix d'intégrer les sujets sanitaires et médicosociaux au sein d'une même direction, on observe que certaines ARS ont cependant choisi de maintenir un distinguo entre ces deux thèmes en créant des départements sanitaires et médicosociaux distincts (ex : Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'azur) tandis que d'autres ont poussé l'intégration jusqu'à adopter une organisation transversale des départements au sein de leur direction unique (ex : Basse-Normandie¹¹⁷).

[233] Il ressort des entretiens qu'a eus la mission dans les deux ARS visités ayant choisi de ne pas regrouper les deux secteurs sanitaire et médicosocial sous l'autorité d'un même directeur que ce choix d'organisation a été dicté en priorité par le souci d'articuler l'hôpital et la médecine de ville et secondairement par l'exigence de forte expertise associée à la gestion de chaque secteur. A la question de savoir comment l'articulation entre les secteurs sanitaire et médicosocial était alors assurée, il a été répondu que c'était le rôle de la direction (ou du pôle) en charge de la stratégie, responsable précisément des projets transversaux. Mais il a aussi été indiqué à la mission que ce choix d'organisation avait surtout permis de préserver la visibilité du champ médicosocial au sein de l'ARS, visibilité à laquelle sont très attachés les associations opératrices de ce secteur et les conseils généraux. L'organisation retenue peut donc résulter d'options politiques qui ne sont pas forcément corrélées avec le souci de pertinence managériale.

[234] Un échantillon de trois ARS ne peut suffire à fonder une analyse qui se limiterait d'ailleurs à la seule question de l'articulation sanitaire - médicosocial. Sous l'angle étroit des conversions hospitalières, la mission ne peut donc que se contenter de faire observer que l'existence d'une direction unique en charge à la fois de l'offre sanitaire et de l'offre médicosociale constitue un choix d'organisation apparemment plus cohérent qu'un autre avec l'objectif d'articulation des deux secteurs.

3.1.2. Le risque existe que les instruments de planification régionaux et départementaux ne soient pas utilisés pour favoriser les conversions.

[235] Comme mentionné dans le rapport de l'IGAS précité relatif à « l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie »¹¹⁸ : « Avec les ARS, le directeur devient le pilote de la stratégie régionale de santé en décloisonnant les outils régionaux. C'est alors le responsable régional et l'organisateur de l'offre (à travers un document régional stratégique) et il peut contractualiser avec les territoires pour répondre aux besoins de proximité ».

[236] Alors que le cadre réglementaire antérieur aux ARS reposait sur deux niveaux distincts de planification concernant les personnes âgées, l'un pour le secteur sanitaire - la région (le SROS fixé par l'ARH) - et l'autre pour le secteur médicosocial - le département (via le schéma départemental des établissements sociaux et médicosociaux et le schéma gérontologique) - les nouvelles règles de planification instaurées par la loi HPST désignent clairement le niveau régional comme niveau de droit commun de la planification.

¹¹⁷ Au sein de l'ARS Basse-Normandie existe une « direction de l'offre de santé et de l'autonomie » constitué des départements « planification », « contractualisation » et « gestion ».

¹¹⁸ Rapport 2008-145P - mars 2009.

[237] Au moment où la mission a rencontré les ARS, les travaux sur les schémas régionaux et sur les CPOM en étaient à leur début et aucun appel à projet n'avait encore été lancé. La mission n'a donc pas pu documenter l'analyse qu'elle développe dans ce paragraphe, analyse qui ne repose donc que sur des fondements théoriques.

3.1.2.1. Les documents de planification : plan stratégique régional de santé, schéma régional d'organisation sanitaire et schéma régional d'organisation médicosociale.

[238] Premier stade de la planification, le **plan stratégique régional de santé (PSRS)** comporte une analyse globale de l'offre et de son évolution prévisible et vise à développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations entre des secteurs jusqu'ici séparés : promotion de la santé, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers et prise en charge médicosociale. Il est commun à tous les acteurs de la santé, de la prévention et du secteur médicosocial pour lesquels l'ARS est compétente.

[239] Le PSRS se décline ensuite en trois schémas régionaux distincts d'organisation et d'accessibilité de l'offre : prévention, organisation des soins (SROS) et organisation médicosociale (SROMS). Ces schémas visent à traduire la stratégie globale du PSRS en actions.

[240] Comme l'indique un guide récent établi conjointement par l'ANAP et le ministère de la santé¹¹⁹, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui présente notamment les transformations et regroupements d'établissements de santé, « *devra préciser les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médicosociale dans le domaine de l'organisation des soins* ».

[241] Comme le souligne le projet de guide méthodologique pour l'élaboration du **schéma régional d'organisation médicosociale (SROMS)** dont la mission a eu communication, « *Là où le PSRS va fixer, à partir des politiques nationales et du contexte régional, des priorités régionales à 5 ans en termes d'égalité devant la santé, de préservation de la capacité d'autonomie de chacun, de qualité de vie des personnes, le SROMS va fixer les objectifs opérationnels prioritaires quantifiés et précis relatifs à l'organisation des activités et services médicosociaux dans les territoires pour mieux répondre aux besoins diversifiés des personnes.* » Le SROMS va donc, comme l'indique le guide ANAP - ministère de la santé précité :

- déterminer « *l'évolution de l'offre médicosociale souhaitable pour répondre à ces besoins au regard de l'offre sanitaire, sociale et médicosociale existante, de sa répartition et des conditions d'accès aux services et aux établissements* » ;
- préciser « *les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médicosociale dans le domaine de l'organisation médicosociale* ».

[242] Une politique dynamique de conversions suppose donc que ces conversions soient anticipées et explicitement prévues et instruites dès la phase de planification puis inscrites dans les documents afférents. En conséquence, c'est dès 2011, au stade de l'élaboration du PSRS, du SROS et du SROSM que les ARS, dès lors qu'elles font le constat d'un excédent des capacités sanitaires et/ou d'inadéquations, doivent étudier l'hypothèse de convertir certaines d'entre elles en capacités médicosociales et se déterminer.

[243] La mission souhaite insister sur l'intérêt, pour les ARS, des instruments de planification (PSRS, SROS et SROMS) dont elles disposent désormais pour développer une vision d'ensemble et cohérente des conversions.

¹¹⁹ « La loi HPST à l'hôpital. Les clés pour comprendre »

3.1.2.2. L'articulation entre, d'une part les schémas sanitaire et médicosociaux, et d'autre part entre ces schémas et les plans régionaux et départementaux.

[244] Les conversions, du fait même qu'elles se situent à l'interface entre les secteurs sanitaire et médicosocial, reposent aussi sur une double articulation - qu'organise précisément l'article 118 de la loi HPST - d'une part entre le SROMS¹²⁰ de le SROS¹²¹, et d'autre part entre le SROMS¹²² et les plans régionaux et départementaux¹²³ d'organisation sociale et médicosociale. Il est incidemment intéressant d'observer que c'est dans ce même article de la loi HPST que l'on trouve mention explicite des conversions puisque c'est cet article qui autorise formellement leur financement par transfert de crédits entre les sous-objectifs sanitaires et le sous-objectif « personnes âgées » de l'ONDAM¹²⁴.

[245] Comme le souligne le projet de guide méthodologique précité, le SROMS doit non seulement « apprécier les besoins collectifs et les priorités d'adaptation de l'offre dans l'aire régionale au regard des orientations nationales », mais il « n'est plus conçu comme la simple addition des schémas départementaux telle que le prévoyait la loi 2002-2 » puisque « l'ARS et les conseils généraux doivent désormais veiller à rechercher les cohérences et les complémentarités entre leurs documents de planification ». Les SROMS « déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médicosociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services ».

[246] La première génération de SROMS (2011 – 2015) en cours de construction sera l'occasion de tester cette nouvelle philosophie de la planification médicosociale ; associée à la fongibilité financière, elle offre aux ARS une première opportunité pour planifier et organiser des conversions de capacités sanitaires en capacités médicosociales.

[247] Le PSRS, le SROS et le SROMS se déclinent enfin en programmes fixant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont, s'agissant des établissements et services médicosociaux, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

¹²⁰ Le SROMS « a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médicosociaux ... afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médicosociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie. » et « veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médicosociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. »

¹²¹ Le SROS « précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médicosociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux » ; il fixe « 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds... ; 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ; 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ; ... »

¹²² « ...ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région... ».

¹²³ « Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région... »... « Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. »

¹²⁴ « En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médicosociales. »

[248] Jusqu'à la loi HPST, les PRIAC étaient établis par les préfets de région en liaison avec les préfets de département « afin d'assurer la lisibilité des choix et l'équité de traitement dans l'allocation budgétaire des financements des établissements médicosociaux. »¹²⁵. Seul le PRIAC fait formellement apparaître tous les projets de conversions dès lors que leur financement est demandé en tout ou partie sous forme d'un transfert de crédits entre les sous-enveloppes sanitaire et médicosociale de l'ONDAM. Dans le nouveau dispositif, il est en outre prévu que le PRIAC sera désormais établi par les ARS (en place des DRASS pour le compte du préfet de région) et qu'il deviendra un véritable outil de programmation financière (crédits de paiement et autorisations d'engagement, investissements, ressources humaines) et opérationnelle (régulation des autorisations faisant suite à appel à projet).

[249] Toujours selon le rapport sénatorial cité dans le paragraphe précédent : « On constate en effet un manque patent de coordination entre les PRIAC, qui sont établis par les préfets de région et les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale, qui relèvent de la compétence des présidents de conseils généraux. Les PRIAC devraient, en principe, tenir compte des évolutions des schémas départementaux. On constate, dans la pratique une insuffisance de communication entre le préfet de région et les conseils généraux... ».

[250] La mission souhaite insister sur la nécessité, pour les ARS, de s'assurer tout particulièrement, lorsqu'elles prévoient des conversions, de la cohérence d'une part entre le SROMS et le SROS, et d'autre part entre le SROMS et les plans départementaux d'organisation sociale et médicosociale.

3.1.3. Le risque existe que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et l'autorisation d'activité ne jouent pas un rôle efficace dans la mise en œuvre des conversions.

[251] L'article 118 de la loi HPST (Art.L.1431-2 du CSP) indique que les ARS sont chargées « *de réguler, d'orienter et d'organiser... l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médicosociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.* » Les conversions hospitalières, qui ne constituent qu'une modalités parmi d'autres de la régulation, de l'orientation et de l'organisation de l'offre de services par les ARS, ont donc naturellement vocation à être mises en œuvre au moyen des deux principaux outils de cette régulation mis à la disposition des ARS que sont les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et les autorisations d'activités.

3.1.3.1. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

[252] Avec la loi HPST, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) devient un outil de pilotage majeur de l'organisation et de l'offre de soins et services médicosociaux. Déclinaison opérationnelle des SROS et SROMS pour chaque établissement et titulaire d'autorisation, le CPOM :

- voit son rôle renforcé pour les établissements sanitaires dans lesquels il doit notamment préciser « *les engagements pris par l'établissement sanitaire ou le titulaire de l'autorisation en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération* »¹²⁶ ;
- est désormais obligatoire pour les établissements médicosociaux, notamment les EHPAD, dès lors qu'ils remplissent certaines conditions de taille et de montant des produits de tarification¹²⁷.

¹²⁵ Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, présenté par Mr. Alain Vasselle - Sénat - juillet 2008.

¹²⁶ Article L6114-2 du CSP.

¹²⁷ Le seuil est fixé par arrêté.

[253] Les CPOM constituent donc, en aval des SROS et SROMS, des vecteurs possibles pour la formalisation des conversions et leur mise en œuvre opérationnelle par les établissements des deux secteurs. La mission insiste sur la nécessité pour les ARS, lorsqu'elles prévoient des conversions, de veiller à les inscrire dans les CPOM tant des établissements sanitaires que des établissements médicosociaux concernés.

3.1.3.2. Les autorisations d'activité des établissements médicosociaux.

[254] Si l'obligation pour un établissement d'obtenir une autorisation d'activité est commune aux établissements de santé et aux établissements médicosociaux¹²⁸, la loi HPST prévoit désormais une procédure d'autorisation plus élaborée pour le secteur médicosocial¹²⁹ puisque l'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissement ou de service doit faire suite à un appel à projet lancé, dans le cas d'un EHPAD, conjointement par l'ARS et le conseil général. L'appel à projet constitue donc, en particulier dans un contexte où les conseils généraux connaissent d'importantes difficultés financières, un fort enjeu de concertation de ces derniers avec les ARS, notamment pour le financement des structures pour personnes handicapés et âgées.

[255] De façon générale, les appels à projet concernent les SSIAD, EHPAD, accueils de jours et hébergements temporaires. Ils :

- ont pour objectif une mise en concurrence loyale, sincère et équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement ;
- reprennent les priorités et besoins définis dans les différents documents de planification ;
- font l'objet d'une étroite concertation au sein des différentes instances prévues à cet effet ;
- répondent à un cahier des charges précis établi par la ou les autorité(s) compétente(s) pour délivrer l'autorisation ;
- donnent lieu à une commission de sélection dans laquelle les financeurs sont représentés ;
- et sont enfin le préalable à une autorisation délivrée par l'autorité ou, conjointement, par les autorité(s) compétente(s) dans les 6 mois suivant le dépôt du projet. La décision d'autorisation est publiée au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente (comme l'appel à projet lui-même).

[256] L'appel à projet n'ayant à la connaissance de la mission à ce jour pas encore été mis en œuvre, il est difficile de se prononcer quant à ses effets possibles sur les conversions. On peut cependant observer que, théoriquement et en première analyse, cette nouvelle procédure pourrait avoir des effets contradictoires.

[257] L'existence de procédures d'autorisations différentes pour chaque secteur pourrait compliquer les conversions dans la mesure où un établissement de santé qui envisage de développer une offre médicosociale ne sera a priori pas familiarisé avec la procédure d'appel à projet (à laquelle il n'est pas soumis pour ses activités sanitaires). A contrario, face à des établissements sanitaires très dotés en équipe administrative, des établissements médicosociaux autonomes ou associatifs pourraient se sentir en situation d'infériorité et hésiter à répondre.

[258] La procédure d'appel à projet présente cependant l'avantage de mettre en concurrence l'ensemble des porteurs de projet potentiels. Un responsable d'établissement privé, sanitaire ou non, lucratif ou non, peut donc, autant qu'un responsable d'établissement public, sanitaire ou non, se porter candidat à un appel à projet dès lors qu'il s'estime en mesure d'en respecter le cahier des charges.

¹²⁸ Les autorisations doivent toutefois être compatibles avec les objectifs fixés par les schémas d'organisation et, s'agissant du secteur médicosocial, déclinés dans les PRIAC.

¹²⁹ Dans le secteur sanitaire, l'autorisation d'activités de soins et d'équipements en matériels lourds reste demandée par l'établissement.

[259] Cette concurrence ne pourra toutefois opérer effectivement en faveur des conversions que si le cahier des charges est établi de telle sorte qu'il n'exclut pas la possibilité, pour les porteurs de projets, de présenter des solutions passant par des conversions et pas seulement par des créations nettes ou des extensions.

Recommandation n°11 : Les ARS doivent veiller à ce que le cahier des charges des appels à projets médicosociaux soit accessible aux établissements sanitaires et laisse ouverte l'hypothèse de la conversion.

3.1.4. Le risque existe d'un défaut de pilotage national des conversions.

3.1.4.1. Le comité national de pilotage.

[260] Le comité national de pilotage (CNP), qui est présidé par les ministres de la santé et de la cohésion sociale ou par le secrétaire général des ministères sociaux, a pour mission de mettre en cohérence les politiques nationales déployées par les ARS, de piloter et d'animer le réseau des ARS, d'évaluer et de suivre les résultats et de répartir les financements. Il approuve les objectifs assignés à chaque agence dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le pilotage national des conversions passe donc par le CNP et l'élaboration des CPOM.

[261] S'agissant plus précisément des conversions hospitalières, l'action des acteurs centraux (DGOS, DGCS, CNSA, CNAMTS, ANAP, ANESM...) doit consister :

- à travailler ensemble et de façon coordonnée ;
- à veiller à ce que les PSRS et schémas régionaux (SROS et SROMS) soient correctement coordonnés sur la problématique de l'articulation des secteurs sanitaire et médicosocial et contiennent un diagnostic des opportunités de conversions pour la prise en charge des personnes âgées ainsi que des objectifs sur ce thème ;
- à produire et à diffuser une instruction fixant la stratégie, la méthodologie et les outils sur lesquels doivent s'appuyer les ARS pour réaliser des conversions. Conformément à l'article 1er du décret du 8 juillet 2010 relatif au pilotage national des ARS¹³⁰, il appartient désormais au CNP de veiller à la formalisation des politiques que doivent mettre en œuvre ces acteurs et à leur cohérence, notamment dans les domaines de l'organisation de l'offre de soins et de la prise en charge médicosociale.

[262] Observons par ailleurs que l'organisation actuelle du secrétariat général consistant à disposer, au sein de l'équipe d'appui aux ARS, de deux conseillers dédiés respectivement au secteur sanitaire et au secteur médicosocial, aboutit à reproduire les clivages institutionnels, organiques et culturels existants.

3.1.4.2. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre le comité national de pilotage et les ARS.

[263] Toujours conformément à l'article 1^{er} du décret du 8 juillet 2010 relatif précité, le CNP fixe des objectifs aux ARS dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)¹³¹.

¹³⁰ Décret n° 2010-786 du 8 juillet 2010 (Art.D. 1433-2. du CSP) : « Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé formule des orientations générales sur les politiques et les mesures mises en œuvre par les agences régionales de santé. Il veille à la cohérence des objectifs, du contenu et de l'application des politiques conduites par les agences régionales de santé dans les domaines de la santé publique, de l'organisation de l'offre de soins, de la prise en charge médicosociale et de la gestion du risque. »

¹³¹ Décret n° 2010-786 du 8 juillet 2010 (Art.D. 1433-5. du CSP) : « Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé examine le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 1433-2 avant sa signature avec chaque agence, ainsi que, le cas échéant, ses avenants. Il en suit l'exécution et évalue le résultat de l'action des »

- [264] Le projet de contrat type dont la mission a eu communication par le secrétariat général, après avoir exprimé le constat que « *La coordination des acteurs de la santé et de la prise en charge médicosociale est aujourd'hui insuffisante* » et qu'elle « *constitue pourtant un levier essentiel pour améliorer l'accès aux soins et organiser des parcours mieux adaptés aux besoins des patients et à la spécialisation croissante des soins* », préconise que « *dans une logique de décloisonnement, les ARS rechercheront la meilleure coordination des interventions en faisant évoluer l'organisation des secteurs hospitaliers, ambulatoires et médicosocial dans le sens d'une prise en charge global des patients* ». Mais cette priorité affichée dans le discours ne fait, dans la suite du document, aucune place aux conversions hospitalières dans la mesure où cette question ne fait l'objet ni d'un objectif ni d'un indicateur spécifique.
- [265] Si certains indicateurs se situent bien dans une perspective de parcours de soins et de vie (ex : nombre de journée d'HAD / 10 000 habitants, taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer), aucun ne rend compte en propre de la nécessité de convertir des capacités sanitaires et capacités médicosociales. De façon plus générale, selon les termes mêmes de la CNSA, dans les CPOM, « *chaque direction affiche ses objectifs sectoriels* » ; ils ne font donc aujourd'hui aucune place aux conversions.
- [266] Observons à cet égard que les objectifs du plan solidarité grand âge ne figurent pas parmi les indicateurs retenus alors même qu'ils constituent, notamment via les places de SSIAD et d'EHPAD, une donnée très structurante de l'offre médicosociale aux personnes âgées.

Recommandation n°12 : Les acteurs centraux impliqués dans la prise en charge des personnes âgées (DGOS, DGCS, CNSA, CNAMTS, ANAP, ANESM...) doivent élaborer ensemble une stratégie de conversion formalisée par le CNP et déclinée dans les CPOM des ARS.

3.2. La relance des conversions dépend d'autres facteurs clés.

- [267] La rénovation des outils de régulation prévue par la loi HPST est une condition nécessaire mais pas suffisante pour garantir une relance des conversions hospitalières. Elle dépend également de la prise de conscience, par l'ensemble des acteurs, des enjeux actuels, et surtout de la mise en place de nouveaux leviers.

3.2.1. Les motifs pour développer les conversions restent d'actualité.

3.2.1.1. Le processus de rationalisation de l'hôpital n'est pas achevé.

[268] L'appareil hospitalier français, comme dans tous les Etats européens¹³², connaît depuis les années 80 une réduction de sa capacité, du moins en termes de lits, grâce notamment à la baisse des durées d'hospitalisation et une concentration de ses plateaux techniques. Ce processus n'est pas achevé, il y a encore des marges d'efficience. Selon certains observateurs, le potentiel d'économies en ambulatoire est considérable. Par exemple la prise en charge des interventions chirurgicales à 80% en ambulatoire permettrait de réduire la capacité d'hospitalisation en chirurgie de près du tiers¹³³. Le taux d'inadéquation en médecine et chirurgie reste élevé selon la dernière enquête de la DGOS. Enfin les implantations hospitalières restent dispersées et inadaptées alors que la démographie médicale, l'élévation des standards de qualité créent une incitation permanente aux regroupements.

3.2.1.2. Les besoins en hébergement pour personnes âgées et en places médicosociales ne sont pas tous couverts alors que les plans nationaux et leurs financements spécifiques vont s'achever.

[269] Malgré une croissance forte de l'offre en établissement pour personnes âgées sous l'effet des PRIAC et du plan Solidarité grand âge, du fait de l'accélération du vieillissement de la population, tous les besoins ne seront pas couverts en 2012. De plus, les inégalités départementales¹³⁴ restent significatives, les mesures nouvelles ne corrigeant qu'à la marge les écarts d'équipement¹³⁵. Le secteur des maisons de retraite reste dans une certaine mesure¹³⁶ un marché d'avenir. Enfin, il s'agit maintenant de relayer le financement des plans qui s'arrêtent en 2013.

3.2.1.3. Au-delà des considérations techniques, les conversions doivent être appuyées par une volonté politique

[270] La mission a pu constater que les conversions en équipements pour personnes âgées étaient, dans les trois régions visitées comme dans le dispositif comptable national de suivi des opérations de fongibilité, peu importantes en volume, anciennes, et qu'elles concernent pour l'essentiel des hôpitaux locaux. Ces constats vont assez largement à l'encontre des idées reçues et du discours officiel selon lequel les hôpitaux qui restructurent leurs services de MCO se convertissent massivement en établissements pour personnes âgées. Pour que les intentions se transforment en réalité, il convient d'assumer une stratégie de changement qui sera d'autant plus acceptée qu'elle s'applique à des opérations bien ciblées.

Recommandation n°13 : Les ARS doivent privilégier les conversions aux créations d'EHPAD quand, sur un même territoire, se rencontrent simultanément, la nécessité de réduire les capacités hospitalières et le besoin d'augmenter l'offre en hébergement pour personnes âgées. La garantie d'offrir une qualité de service au résident au moins équivalente à celle qu'offrirait une création doit être prise en compte.

¹³² «Les capacités hospitalières : rationalisation dans les pays membres de l'union européenne » - P Garel - gestions hospitalières novembre 2008.

¹³³ « Pouvant passer de 85 000 à 57 000 lits » - G Bontemps - journée nationale de chirurgie - janvier 2010.

¹³⁴ Appréciées en comparant les taux d'équipement et l'accessibilité de l'offre en terme de tarif.

¹³⁵ « Evaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie » - R Ollivier, S Paul - rapport IGAS - juillet 2010.

¹³⁶ Cependant, la croissance des groupes privés sur ce marché devrait être à l'avenir plus externe (regroupement) et international qu'interne selon «Les mutations du secteur des EHPAD» - Eurostaf, 2010.

3.2.2. Des nouveaux leviers doivent être mobilisés.

3.2.2.1. Définir et afficher une stratégie nationale qui laisse aux ARS une autonomie suffisante.

[271] Pour le niveau ministériel, la responsabilité première est d'abord de fixer l'axe stratégique, le cadre général de ces conversions spécifiques qui ne doivent pas se confondre avec les autres transformations hospitalières. **Elles resteront ciblées sur des territoires limités où se rencontrent simultanément une nécessité de recomposition hospitalière (surcapacité, inadéquations...) et un besoin d'augmenter l'offre médicosociale. Ceci suppose que les conversions deviennent une priorité au sein de la question médicosociale. Au delà des affirmations de principe, cette politique doit être explicitée et affirmée mais sa déclinaison territoriale doit relever des ARS.** Ainsi la mission ne reprend pas à son compte la recommandation formulée par la RGPP de fixer au niveau national des cibles quantitatives par région¹³⁷ : ce raisonnement apparaît trop mécanique par rapport à la diversité des situations régionales et par rapport à l'ambition de la loi HPST de donner aux ARS un rôle majeur.

Recommandation n°14 : Dans la stratégie nationale de conversion que la mission recommande de mener (cf. supra), les administrations centrales doivent laisser aux ARS une autonomie suffisante en fixant le cadre général des conversions et non en déterminant des objectifs chiffrés.

[272] La mission souligne le caractère généralement conflictuel des conversions et donc des résistances qu'elles génèrent inévitablement. Pour aboutir, ces opérations doivent donc être activement soutenues par les ministres en charge des deux secteurs.

3.2.2.2. Donner des marges de manœuvre financières aux ARS.

[273] Les financements d'activité et de projets gérés nationalement en tuyau d'orgue, souvent fléchés, et une fongibilité rigide, contredisent la volonté de politique régionale transversale et réactive. Ce schéma peut évoluer. Pour réaliser leur feuille de route sur l'ensemble du champ santé, les ARS doivent maintenant disposer d'un levier financier direct sur les projets de conversion.

[274] Il n'appartenait pas à la mission de se prononcer de façon générale sur la fusion des objectifs de l'ONDAM à l'aune du seul sujet des conversions. Elle pense néanmoins utile de suggérer d'étudier une évolution de l'architecture et de la gestion de l'ONDAM en déléguant par exemple aux ARS une dotation unique. Sans attendre une telle mesure, la mission recommande d'assouplir le dispositif actuel de la fongibilité.

Recommandation n°15 : Donner des marges de manœuvre financières aux ARS en leur décentralisant les décisions de fongibilité en dessous d'un seuil financier par projet à fixer et en conservant une consolidation annuelle.

3.2.2.3. Changer le modèle et le management des conversions.

[275] Le contenu même des conversions doit évoluer. Conçues au fil de l'eau, comme des projets internes aux établissements, contraints de s'adapter, elles se réalisaient sur des périodes longues. L'efficacité de ces projets est perfectible. La programmation est également dépendante de la bonne articulation avec les conseils généraux (cf. supra), décisive dans un système décentralisé et qui le restera.

¹³⁷ « Conversion de structures hospitalières en structures médicosociales, piste de réforme n° 2 » Note RGPP, avril 2008.

[276] Par ailleurs, le modèle hospitalo centré est à mettre en concurrence avec l'externalisation de la création et gestion de l'EHPAD. Cette externalisation peut s'opérer au bénéfice d'un établissement médicosocial existant, à créer, ou bien d'une structure de coopération comme un groupement de coopération social et médicosocial (GCSMS). Pour l'établissement de santé, cette formule permet de combiner le transfert de la responsabilité du nouvel EHPAD sur l'opérateur crée à cette fin tout en organisant et contrôlant une filière aval.

3.2.2.4. Fabriquer et diffuser des référentiels et des outils méthodologiques.

[277] L'analyse des conversions réalisées a montré le déficit de méthodologie et d'information, la nécessité pour les opérateurs de disposer d'outils et de base de comparaison pour réussir des projets complexes. Le programme de travail 2011 de l'ANAP prévoit l'élaboration d'un tableau de bord partagé de performance pour l'ensemble des établissements sociaux et médicosociaux. Sans attendre les résultats de ce chantier tourné vers la gestion interne des structures, il convient d'élaborer un guide méthodologique spécifique aux conversions qui permettrait de sécuriser la démarche et de réduire les délais des opérations.

[278] Outre une méthodologie générale de conduite de projet, ce guide, dont la rédaction serait confiée à l'ANAP, devra notamment traiter des questions suivantes :

- le choix entre deux scenarii possibles : localisation et gestion des projets en interne à l'hôpital ou par externalisation sur un autre site ou un autre porteur ;
- l'élaboration d'une méthode nationale d'analyse et de suivi économique de ces opérations s'appuyant sur une comptabilité analytique.

Recommandation n°16 : Demander à l'ANAP de fabriquer prioritairement et de diffuser des référentiels et des outils méthodologiques pour les conversions en s'appuyant sur les outils nouveaux mis en place par la loi HPST, le guide de la mission nationale de santé mentale et les éléments d'analyse du présent rapport, notamment concernant le bilan économique.

Catherine HESSE

Vincent MAYMIL

Vincent Le TAILLANDIER DE GABORY

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	La DGOS doit diffuser aux ARS, à partir de l'enquête en cours, une méthodologie nationale d'évaluation des inadéquations (en médecine et chirurgie) et l'élargir aux soins de suite et réadaptation.	DGOS	2011
2	Assurer la traçabilité et l'évaluation des opérations de conversion au niveau des ARS et au niveau national.	DGOS et ARS	2011
3	La DGOS doit procéder en 2012, à la suite de la prochaine coupe Pathos, à un bilan national quantitatif et qualitatif précis de la réforme des USLD ainsi qu'à une évaluation de son impact sur l'offre tant sanitaire que médico-sociale.	DGOS	2012
4	La DGOS doit inclure les EHPAD, et pas seulement les USLD, dans le champ de la prochaine coupe Pathos prévue fin 2011 afin d'apprécier (conjointement avec la DGCS et la CNSA) le bon niveau de médicalisation de ces établissements par rapport au vieillissement des résidents.	DGOS en lien avec la DGCS et la CNSA	Fin 2011
5	Prévoir systématiquement une coupe médicale avant toute décision de conversion, à l'initiative de l'ARS et selon une méthodologie harmonisée, afin de fournir des éléments objectifs d'appréciation.	ARS	Avant toute décision de conversion
6	La CNSA doit orienter davantage son plan d'aide à l'investissement sur le soutien aux actions de conversion en faveur des personnes âgées ou handicapées.	CNSA	Lors de l'établissement du prochain plan d'aide à l'investissement
7	Les établissements doivent délivrer une information personnalisée aux usagers et à leurs familles dans tous les cas où la conversion induit une modification dans la prise en charge financière des frais de séjour, et ceci suffisamment en amont du transfert effectif vers la nouvelle structure.	Etablissements hospitaliers mettant en œuvre une conversion	Avant toute conversion
8	Pour favoriser le rapprochement des deux secteurs au niveau du management, demander à la DGOS et au centre national de gestion d'étudier les voies de convergence possibles entre les deux filières de formation et de carrière des DH et des DESSMS.	DGOS et CNG	2012
9	Les ARS doivent utiliser pleinement la commission de coordination pour la prise en charge et l'accompagnement médicosocial comme lieu privilégié de dialogue avec les conseils généraux afin de dégager des intérêts communs autour des conversions.	ARS	En accompagnement des conversions
10	Sur le champ du médicosocial, les ARS doivent éviter une trop grande centralisation et reconnaître à leurs délégués territoriaux des pouvoirs suffisants pour leur permettre de nouer une véritable concertation avec les conseils généraux et les opérateurs de ce secteur.	ARS	Recommandation permanente

11	Les ARS doivent veiller à ce que le cahier des charges des appels à projets médicosociaux soit accessible aux établissements sanitaires et laisse ouverte l'hypothèse de la conversion.	ARS	Recommandation permanente
12	Les acteurs centraux impliqués dans la prise en charge des personnes âgées (DGOS, DGCS, CNSA, CNAMTS, ANAP, ANESM...) doivent élaborer ensemble une stratégie de conversion formalisée par le CNP et déclinée dans les CPOM des ARS.	DGOS, DGCS, CNSA, CNAMTS, ANAP, ANESM	2011
13	Les ARS doivent privilégier les conversions aux créations d'EHPAD quand, sur un même territoire, se rencontrent simultanément, la nécessité de réduire les capacités hospitalières et le besoin d'augmenter l'offre en hébergement pour personnes âgées. La garantie d'offrir une qualité de service au résident au moins équivalente à celle qu'offrirait une création doit être prise en compte.	ARS	Recommandation permanente
14	Dans la stratégie nationale de conversion que la mission recommande de mener (cf. supra), les administrations centrales doivent laisser aux ARS une autonomie suffisante en fixant le cadre général des conversions et non en déterminant des objectifs chiffrés.	DGOS, DGCS, CNSA	Recommandation permanente
15	Donner des marges de manœuvre financières aux ARS en leur décentralisant les décisions de fongibilité en dessous d'un seuil financier par projet à fixer et en conservant une consolidation annuelle.	DSS, DGOS, DGCS, CNSA	LFSS 2012
16	Demander à l'ANAP de fabriquer prioritairement et de diffuser des référentiels et des outils méthodologiques pour les conversions en s'appuyant sur les outils nouveaux mis en place par la loi HPST, le guide de la mission nationale de santé mentale et les éléments d'analyse du présent rapport, notamment concernant le bilan économique.	ANAP	2011

Liste des personnes rencontrées

Au niveau national

Organisme	Personnes rencontrées
Secrétariat général des ministères sociaux	O. Obrecht, chargé de mission offre de soins ; S. Bentegeat, chargée de mission offre médico-sociale.
Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	A. Podeur, directrice générale ; N. Lemaire, sous directrice de la régulation de l'offre de soins ; C. Bronnec, chef du bureau des prises en charge post-aigües, pathologies chroniques, santé mentale ; C. Balandier, chargée de mission ; P. Pinton, adjoint de la sous-directrice ; D. Renard, chef du bureau coopérations et contractualisations ; E. Belliard, adjointe ; C. Tacon, bureau synthèse organisationnelle et financière.
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	L. Vachey, directeur ; L. Gratioux, directeur adjoint ; E. Sylvain, directrice des établissements et services médico-sociaux ; H. Droal, directeur délégué ; G. Blanco, responsable du pôle « programmation de l'offre de service » ; N. Montangon, chargée de mission au pôle « allocation budgétaire ».
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)	M.D. Lussier, responsable du secteur médico-social. V. Houareau, adjointe.
Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO EHPAD)	N. Maubourguet, présidente.
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ANESM)	D. Charlanne, directeur.
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)	P. Risselin, sous-directeur de l'autonomie ; A. Muscatelli, adjointe au sous-directeur (personnes âgées) ; A. Bony, chef du bureau « services et établissements » ; JC. Sovrano, adjoint au chef de bureau « services et établissements » ; M. Pivin, chargée de mission « gouvernance ».
Direction de la sécurité sociale (DSS)	K. Julienne, sous-directrice du financement du système de soins ; S. Delafuys, bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ; M. Marmier, stagiaire interne en santé publique.
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	A. Denechère, directrice de cabinet ; J.P. Robelet, directeur de l'offre de soins ; F. Duclos, directeur adjoint du groupe UGECAM ; M. Marty, responsable du secteur médico-social ; C. Gissot, direction de la stratégie, des études et des statistiques.
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)	Y.J. Dupuis, directeur général ; D. Causse, directeur du secteur sanitaire ; F. Palermi, directeur du secteur social et médico-social.
Fédération hospitalière de	R. Caillet, responsable du pôle organisation des soins ;

France (FHF)	M. Jamot, responsable du secteur médico-social.
Fondation caisses d'épargne pour la solidarité	M. Lyazid, adjointe du directeur général.
Association des départements de France (ADF)	J.P. Hardy
Groupe Korian	F. Mercereau, directeur général opérationnel.
Expert	Docteur J.M. Vetel, ex président du syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et chef du service de gériatrie du centre hospitalier du Mans.
Mission nationale d'appui en santé mentale	S. Kannas, psychiatre coordonnateur de la mission ; P. Juhan, S. Acef, S. Rivet et M. Barrès, membres de la mission.
Association nationale des hôpitaux locaux	J.Y. Blandel, président ; J.L. Aluze et D. Bruguier, membres.
Hôpital de Rambouillet	B. Drouet, responsable court séjour gériatrie ; S. Chevalier, assistante sociale ; B. Galle, directeur adjoint ; D. de Mortain, chef du pôle gériatrie ; B. Thubert, gériatre.

Au niveau régional et local

Bretagne

ARS

BONNAFONT, Bernard	Responsable du pôle "allocation de ressources"
EVEN, Anne Yvonne	Directrice adjointe « offre médico-sociale »
GAUTRON, Alain	Directeur général ARS
GOBY, Hervé	Directeur «Offre de soins et accompagnement
LESAGE Jean-Pierre	Responsable pôle organisation sanitaire

Conseils généraux

COLIN Véronique	CG Ille-et-Vilaine,
MACE Mr.	CG Côtes d'Armor
THOUMINE Mme.	CG Finistère

Etablissements EPMS Gourmelen de Quimper et CH de Plougernevel

GUEGAN, Marie Helène	Responsable de la résidence Keramour
HUE Gaël	Psychiatre, président de la CME du CH
LABAT, André	Directeur
LE BRAS Michel	Attaché d'administration
PELE, Nicolas	IASS-DT2S ARS Bretagne
PURON Pascale	Cadre supérieur de santé
REMEUR Jean Paul	Chargé de mission ARS
STEPPE Georges	DG Association hospitalière de Bretagne

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

LE ROUX J.L.	Enseignant Finance
LOUAZEL Michel	Enseignant stratégie
MARIN, Philippe	Directeur chargé de la formation des directeurs d'hôpitaux
OLLIVIER Roland	Directeur Institut du management
ORVAN Jacques	Enseignant chercheur
PARENT Bertrand	Enseignant
ROUTELOUS Christelle	Enseignant

CHGR Placis-Vert / Guillaume Régnier

CASTILLE	PERSONNES HANDICAPEES coordonnateur MAS
COLIN V.	Conseil Général 35
DEUFF A.	DT 35 – ARS
NISSOUAN C.	Directrice des soins
FOUCAULT, C.	Pôle médico-social DT 35 ARS
GARIN B.	Directeur CHGR
GENIN A.	Directrice MAS/CHGR
GUIVARC’H A.	Directrice adjointe hospitalisation
LE ROUX TARDIF A.	DAFSI CHGR
RAYMOND. M.	DT3S ARS offre de soins

Rhône-Alpes

ARS

D. Morin	Directeur général
M. Le Jeune VIDALENC	Directrice du handicap et du grand âge
M. VERMOREL	Direction du handicap et du grand âge
G. MASSONNAT	Direction du handicap et du grand âge
D. VINCCINI	Direction du handicap et du grand âge
C. DUBOSQ	Directeur de l’efficience et de l’offre de soins
P. GUETAT	Direction de l’efficience et de l’offre de soins
F. RICHAUD	Direction de l’efficience et de l’offre de soins
A. GALVIN	Direction de l’efficience et de l’offre de soins
G. RUIZ	Direction territoriale 26
M. OZELLE	Direction territoriale 26
S. RAT	Direction territoriale 38
T. BERGLEZ	Direction territoriale 38
G. CIVONE	Direction territoriale 38
G. COLOMBANI	Direction territoriale 38
A. MEUNIER	Directeur territorial 07
J. SARTRE	Direction territoriale 07
C. MARTINEZ	Chargée de mission « psychiatrie et santé mentale »
F. ROBELET	Gestionnaire campagne tarifaire

Conseils généraux

N. BERLIERE – MERLIN	Conseil général 69
S. ANDRE	Conseil général 69
G. CHEVAUX	Conseil général 38
D. BALAY	Conseil général 38
E. RUMEAU	Conseil général 38
F. THIERY	Conseil général 07
B. HAEGEL	Conseil général 26

Hospices civils de Lyon

B. BARRAL	Directeur délégué
J.P. LECOMTE	Directeur groupement gériatrie

CHS Le Valmont

H. PANIEGO	Directeur général
E. MORIAMEZ	Présidente de la CME
G. LELOUP	Directeur contrôle de gestion, services économiques et financiers

EHPAD La Cote st. André

J. FERNANDEZ	Directeur
A. PUEL	Directrice adjointe

CHS Sainte Marie

D. PERROT	Directeur
V. FANTON	Responsable des services administratifs
F. GIRAUD	Président de la CME
F. VERGNE	Psychiatre
H. LEYNAUD	Responsable infirmière
G. ESCLEYNE	Adjoint à la direction
J.M. EVAIN	Infirmier général

Hôpital local de Villeneuve de Berg

D. HUET	Directeur
O. SIRJEAN	Coordinatrice générale des soins

CH de La Mure

L. SPINARD	Directeur adjoint
F. PAPET - COQUAIS	Directrice des soins

CH de Tarare

C. NASHAWATI	Président de la CME
D. SOUPART	Adjointe au directeur

Aquitaine

ARS

N. KLEIN	Directrice générale
A. BARON	Directrice générale adjointe
P. RICHARD	Directeur de l'offre de soins
F. RABAU	Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale
V. LUFFLADE	Responsable du département de l'offre médico-sociale
L. FERNANDEZ	Responsable de l'offre de soins hospitalière
J. DUTAUIA	Responsable de la planification – programmation médico-sociale
P. FORT	Directeur de la délégation territoriale 33
K. TROUVAIN	Directrice de la délégation territoriale 24
J.P. SEYER	Directeur de la délégation territoriale 47
G. DUBOIS	Responsable service médico-social DT 47

C. LIENART	Direction territoriale 24
C. PERO	Direction territoriale 33
M.N. BROSSARD	Direction territoriale 33

Etablissements

C. GALTIER	Directeur général de la fondation John Bost
T. LAPLANCHE	Directeur adjoint du CH La Candélie
S. DUBOIS	Directrice adjointe CH Charles Perrens
B. LAGUEYTE	Directeur adjoint CH Sud Gironde

Sigles utilisés

ADF : Assemblée des Départements de France

AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources

AJ : Accueil de Jour

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide soignante

ASH : Aide sociale à l'Hébergement

CAS : Centre d'Analyse Stratégique

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CG : Conseil Général.

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNG : Centre national de gestion

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNP : Conseil National de Pilotage

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médicosociale

CSG : Court Séjour Gériatrique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DH : Directeur d'hôpital

DESSMS : Directeur d'établissement social et médicosocial

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale (ex DGAS)

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins (ex DHOS)

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

EMEG : Equipe Mobile d'Evaluation Gériatrique

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie ou Equipe Mobile Gériatrique

EMS : Equipe Médicosociale

EPS : Etablissement Public de Santé

ESMS : Etablissements Sociaux et Médicosociaux

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ex PSPH)

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FNE : Fonds national pour l'emploi

FSE : Fonds social européen

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire.

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médicosociale

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : Groupe iso-ressources Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HL : Hôpital Local

HP : Hospitalisation Partielle

HPST : loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative, aux Patients, à la Santé et aux Territoires

HT : Hébergement Temporaire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecine, Chirurgie, gynécologie-Obstétrique

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MNSM : Mission Nationale de Santé Mentale

MSMM : Maison de santé pour maladies mentales

ODAM : Objectif de dépenses de l'assurance maladie

ODMCO : Objectif de dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité

ODSV : Objectif de dépenses de soins de ville

OGD : Objectif global de dépenses

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

PA : Personnes Agées

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PH : Personnes Handicapées

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Projet Régional de Santé

PSPH (établissement) : Participant au Service Public Hospitalier (devenu ESPIC)

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

RGPP : Revue Générale des Politiques Publiques

SAD ou SAAD : Service d'Aide A Domicile

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médicosociale

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de suite et de Réadaptation

T2A : Tarification A l'Activité

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

UMG : Unité Mobile Gériatrique

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Pièce jointe n°1 : Sommaire du guide de la mission nationale d'appui en santé mentale

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE CRÉATION
ET DE REDÉPLOIEMENT DE STRUCTURES
SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

PRÉAMBULE

INTRODUCTION

I - LE CADRE JURIDIQUE

1.1. Le champ sanitaire, médico-social et social

1.2. Les modalités de coopération

1.2.1. La convention

1.2.2. Les réseaux de soins

1.2.3. Les communautés d'Établissements de Santé

1.2.4. Les autres coopérations inter-établissements : les groupements

1.3. La création et la gestion directe d'établissements médico-sociaux par les établissements de santé

II - UN PRÉALABLE : L'IDENTIFICATION DES BESOINS DE LA POPULATION ET LA PROPOSITION DE RÉPONSES ADAPTÉES

2.1. Les différents types de structures : champs de compétence et financement

2.2. Des structures médico-sociales différenciées avec hébergement

2.3. Adapter la structure envisagée au type de population concerné

2.4. Recommandations générales sur la démarche de projet

2.4.1. Amorcer une démarche globale

2.4.2. Acquérir de nouvelles compétences

2.4.3. Faire évoluer les structures de soins vers des lieux de vie

2.4.4. Créer un cadre et un environnement appropriés

III - MODALITÉ D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

3.1. Son inscription dans le projet d'établissement

3.2. La gestion des ressources Humaines

3.2.1. La définition des fonctions et des emplois dans le secteur médico-social

3.2.2. Les positions statutaires

3.2.3. Le recrutement externe d'un nouveau personnel dans une structure médico-sociale

3.2.4. La formation des personnels

3.3. Un projet de qualité, conforme aux normes techniques de fonctionnement d'une structure médico-sociale

- 3.3.1. La constitution du dossier de demande d'autorisation
- 3.3.2. Le passage du dossier en CROSS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

- ANNEXE 1 : Une architecture au service du projet de vie
- ANNEXE 2 : Les métiers du secteur médico-social
- ANNEXE 3 : Les objectifs sociaux, pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques du projet
- ANNEXE 4 : Les relations avec les familles ; le conseil d'établissement
- ANNEXE 5 : Un exemple de règlement intérieur
- ANNEXE 6 : Exemple de mise en œuvre d'un projet
- ANNEXE 7 : Exemple de programme de formation en vue de l'ouverture d'un foyer à double tarification

-
- FICHE 1 : L'Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.)
 - FICHE 2 : L'Allocation Compensatrice pour tierce personne (A.C.T.P.)
 - FICHE 3 : Foyer d'hébergement
 - FICHE 4 : Foyer occupationnel ou foyer de vie
 - FICHE 5 : Maison d'Accueil Spécialisée
 - FICHE 6 : Foyer à Double Tarification
 - FICHE 7 : Un exemple de fiche métier
 - FICHE 8 : Un exemple de profil de poste

Pièce jointe n°2 : Fiches établissements

Conversion partielle de lits de psychiatrie générale du centre hospitalier Charles Perrons pour créer des places de MAS à Bordeaux (Gironde)

A1

Identité de l'établissement : Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif** : pallier les inadéquations en secteur sanitaire psychiatrique en adaptant la prise en charge éducative et thérapeutique- accompagnement aux besoins des personnes atteintes de syndrome autistique et psychotique.
- **en termes de lits/places** : Supprimer 3 unités psychiatriques d'une capacité totale de 42 lits dont 32 sont transformés en 60 lits de MAS et 10 reconvertis en 10 lits d'unité de crise.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- Recensement en 2000 par le CH d'une soixantaine de patients disposant d'une décision d'orientation de la COTOREP vers le secteur médico-social. Celui-ci a été actualisé en 2006

Calendrier de l'opération :

- Projet d'établissement 1998-2003 comportant une MAS
- 8 septembre 2000 : avis favorable du CROSM
- 29 octobre 2000 : autorisation par arrêté préfectoral
- Ouverture : 1^{er} décembre 2005

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

• **en ressources humaines** :

- Structure de personnel adaptée : recrutement d'éducateurs récemment diplômés.
- Recrutement dans l'équipe de direction du CH d'une DE3S
- Adhésion du personnel : possibilité de promotion pour les non-qualifiés, formation.

• **financiers** :

- 6,205 M€ d'investissement, notamment dans un nouveau bâtiment pour la MAS, financé :
 - à 10% sur les fonds propres du CH (620 000 €) ;
 - à 20% par un prêt à taux nul de la CRAM Aquitaine (1,241 M€) ;
 - à 70% par l'emprunt (4 343 500 €).
- Redéploiement de crédits sanitaires vers l'enveloppe médico-sociale à hauteur de 1 726 624 € correspondant aux 32 places requalifiées.
- Enveloppe départementale médico-sociale de 2 088 079 € dont 1 406 987 € au titre des mesures nouvelles notifiées en 2002 et 2003 (notamment relatives au Plan Autisme).

Freins, difficultés

- Hésitation sur le portage par l'ADAPEI ou le CH.
- Difficulté d'appropriation par le CH d'une structure externe.
- Pour les patients devenus résidents : d'un espace fermé en petite unité et encadré, à un espace ouvert, élargi.

BILAN DE L'OPERATION		
<u>Bilan global</u>	<u>Bilan économique</u>	
	masses budgétaires (avant et après reconversion) <ul style="list-style-type: none"> • Avant reconversion : 42 lits : 3,8M€ • Après reconversion : <ul style="list-style-type: none"> - MAS de 60 lits : 3,814 703 M€ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coût à la place moyen : 69 834 € ▪ Investissement : 6, 205 M€ - Unité de crise 10 lits : 1 055 640 € (dont 982 177€ pour le personnel). 	comparaison du tableau des effectifs¹³⁸ <ul style="list-style-type: none"> • Avant conversion : 61 ETP pour 42 lits • Après conversion : <ul style="list-style-type: none"> - MAS : 71,25 ETP pour 60 lits de MAS - Unité de crise : 21 ETP • <i>Ratios d'encadrement des patients et résidents¹³⁹</i> <ul style="list-style-type: none"> - Avant conversion : 1,90 - Après conversion : 1,18 (MAS)
<ul style="list-style-type: none"> - Une opération favorable : réduction d'inadéquation actuelle et future par création de places supplémentaires, amélioration de la qualité, renforcement de l'encadrement de l'unité de crise mais coût d'entrée élevé (2 M€). 		

¹³⁸ Ces effectifs sont globaux, toutes catégories de personnel confondues. Les ratios d'encadrement sont donc à apprécier avec prudence.

¹³⁹ Ces ratios concernent l'encadrement des lits de psychiatrie reconvertis (32) comparés à celui des places de MAS finales

Conversion de lits sanitaires de la Maison de santé pour maladies mentales de la Fondation John Bost en places de MAS et de FAM (Dordogne)

A2

Identité de l'établissement: maison de santé pour maladies mentales (PSPH)

Gestionnaire (si établissement privé): Fondation John Bost

Objectif recherché:

- **qualitatif:**
 - S'adapter à la demande régionale et aux patients déjà pris en charge dans l'institution.
- **en termes de lits/places :**
 - suppressions de 188 lits sanitaires sur le site principal de la Force (Dordogne), transformations de 275 lits en places médico-sociales (60 lits de MAS et 215 de FAM).
 - L'objectif capacitaire de la MSMM abaissée de 759 lits à est 284 lits.
 - EHPAD maintenu à 84 lits après reconstruction
 - MAS de 130 lits, MAS handicap rare de 40 lits (échéance 2009)
 - FAM de 215 lits (échéance 2009 et 2010)

Facteurs déclenchant la prise de décision:

- Janvier 2000 : une coupe réalisée à la demande de l'ARH révèle que 80% des patients pris en charge ne relèveraient pas de la psychiatrie aiguë mais de structures médico-sociales.
- Juillet 2000: renouvellement des 766 autorisations décennales pour les maisons de santé pour maladies mentales. Refus du renouvellement de l'autorisation en raison d'une inadéquation notée par la DDASS et l'ARH (82% ne relevait pas du court-séjour), qui a été précisée par une coupe transversale (DDASS, CG, CRAM, CME) en 2001. Au final, un peu plus de 50% des patients sont orientés vers le médico-social.
-

Calendrier de l'opération:

- Engagement de l'ARH validant une négociation entre tous les acteurs (DDASS, CRAM, MSA, CG, DRASS, ARH, MSMM), par une lettre du DARH du 4 février 2002. Un projet de restructuration est arrêté pour la période 2002-2010.

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines :**
 - Restructuration sur le même site imposant peu de mobilité au personnel.
 - Il a fallu former les personnels sanitaires à l'intensification du soin.
- **financiers:**
 - 6000 donateurs réguliers (7 à 8 M€annuels – politique de communication auprès des communautés protestantes).
 - Aides financières à l'investissement immobilier sur des crédits « hôpital 2007 » et plan d'investissement de l'ARH. Certains crédits (volet « systèmes d'information ») du plan Hôpital 2012.
 - La fondation investit 100 M€pour rénover l'ensemble des lieux de vie et de soins
- **Autres :** La mission d'appui en santé mentale a appuyé la fondation pendant un an et régulièrement depuis lors.culture de l'adaptation de l'offre de l'association, soutenue par une grande souplesse financière.

Freins

- **en ressources humaines :**
 - Difficultés pour les professionnels : ceux qui changeaient d'agrément ne devaient pas changer de pratiques (les personnels sanitaires mettaient en œuvre des pratiques médico-sociales) ; ceux qui ne changeaient pas – les personnels médico-sociaux – devaient s'adapter à des patients plus lourds.
- **financiers :**
 - Le CG de Dordogne a entravé tous les processus de création de FAM du fait de leurs difficultés à répondre à une demande d'aide sociale en augmentation en Dordogne. Il y avait une réticence à l'époque à aider l'hébergement de résidents originaires de toute la France. Il a aussi fallu dégager des crédits d'aide sociale Etat exceptionnels.
- **autres :**
 - D'une manière générale, le directeur général de la fondation a souligné la confusion entre les publics accueillis en FAM¹⁴⁰ et en MAS. Selon lui, l'ajustement procède exclusivement de critères financiers.

BILAN DE L'OPERATION

Bilan économique		
<p style="text-align: center;"><u>Par rapport aux objectifs fixés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les suppressions de lits sont réalisées sauf Repos, bloquée par le CG, qui préférerait un EHPAD plutôt qu'un FAM pour des raisons de tarifs « hébergement ». Les autres établissements sont à l'équilibre ou excédentaires ; les objectifs sur dix ans sont atteints. L'ARS privilégie les unités d'EHPAD spécialisées (Alzheimer notamment) pour faire face au besoin futur envisagé de prise en charge du handicap vieillissant. • Pendant la montée en charge des structures développées par la fondation, il n'y a pas eu de développement de l'offre de MAS sur les autres territoires de la région. Une réflexion sur la territorialité des prises en charge a été engagée entre la fondation et l'ARS. • D'une manière générale, le bilan est positif, le secteur sanitaire de la fondation étant à l'équilibre depuis 2009. En revanche, la fondation craint d'avoir des difficultés à poursuivre son programme d'investissement immobilier sans aides pérennes et d'être affectée par le principe de la convergence tarifaire. 	<p style="text-align: center;">Eléments budgétaires et tarifaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette transformation s'est faite à coût constant pour l'assurance maladie. • Les investissements ont été financés à 50% sur les fonds propres et à 50% par l'emprunt. • L'apport complémentaire permettant de financer la restructuration vient du forfait hébergement sur 260 lits de FAM. • Les investissements immobiliers pour les MAS ont été sous-évalués. Demande supplémentaire de 350 000 euros de crédits sanitaires en fongibilité sur l'enveloppe sanitaire de la fondation vers l'enveloppe médico-sociale. • Tarifs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coût moyen à la place de la MAS : 73 690 €/par an (coût moyen national : 71 252 €/par an). Le transfert au 1^{er} janvier 2011 engendrera un coût moyen à la place de 76 382 €. En revanche, étant ouverte 354 jours par an contre 328 en moyenne nationale, son coût journalier (215,77 €) est inférieur (217,23€). ▪ Les tarifs en FAM ne sont encore fixés, mais devraient être similaires (33 % à la charge de l'assurance maladie et 66% à la charge du département). En MSMM, le tarif journalier moyen sera de 230 € 	<p style="text-align: center;">comparaison du tableau des effectifs¹⁴¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • augmentation de 10% sur le site de La Force, soit environ 1000 personnels pour 750 lits. Ratio après conversion. • <i>L'évolution du ratio d'encadrement est impossible à retracer.</i>
Coût pour le département		
<ul style="list-style-type: none"> • 133 000 € en 2002 • 5,5 M€ en 2010, sans capacités supplémentaires et une occupation excessive par des patients extérieurs au département. 		

Conversion de lits de psychiatrie générale du centre hospitalier de La Candélie en places de MAS (Lot-et-Garonne)

A3

Identité de l'établissement : Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie.

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif** :
 - Adapter la prise en charge de patients qui ne relevaient pas d'un suivi hospitalier psychiatrique.
- **en termes de lits/places** :
 - 48 places de MAS par transformation de 22 lits de psychiatrie.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- Inadéquations dans la prise en charge des patients (résultats d'une enquête de la DDASS 47 en date d'avril 2000).
- SROS pointait la nécessité d'apporter une réponse adaptée à la prise en charge des patients (repris dans le schéma départemental psychiatrie 2006-2010)
- Le PRIAC 2006-2010 a prévu l'opération.

Calendrier de l'opération :

Ouvert depuis 1965. 394 lits et 385 places fixées par arrêté de l'ARH d'Aquitaine en date du 7 octobre 2003.

- Avril 2006 : constitution d'un dossier de demande au CROSM pour création d'une MAS.
- 19 juillet 2007 : autorisation de l'ARH.
- Octobre 2009 : obtention d'un permis de construire
- Janvier 2010 : début des travaux.
- Fin février 2011 : fin programmée des travaux.

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines** :
 - Le métier d'AMP a été développé, et 10 ASH formés sur trois ans, sous forme de préparation au concours, avec 13 postes pourvus (par recrutement et formation). Cela a aussi permis de faciliter le dialogue social.
- **financiers** :
 - Investissement : 6 285 000 €(dont 6 010 000 pour la construction et 275 000 pour l'équipement) financés par :
 - subvention de la CNSA (plan d'aide à l'investissement) : 411 058 €;
 - fonds propres : 173 942 €;
 - emprunt : 5 700 000 €
 - Fonctionnement : abondement de 1 682 815 €par les biais de crédits OGD.
 - En contrepartie, le SSR sera autofinancé au sein de l'enveloppe sanitaire interne à l'hôpital, qui reste la même.
- **autres** :
 - Consensus et partenariats entre tous les acteurs institutionnels externes au projet.
 - Le C.A. est présidé par le Président du Conseil Général.

Freins

- **en ressources humaines** :
 - Les négociations avec les partenaires sociaux et le corps médical ont été très longues (près de dix ans). L'avis du CTP a été défavorable en 2006 et présentait le projet comme une « déqualification ». Il fut difficile de faire accepter l'idée que des patients étaient « inadéquats ». Il a fallu l'intervention d'acteurs extérieurs pour faire une coupe en 2000.
 - Le projet initial prévoyait une création pure sans redéploiement ; il a été rejeté.
- **financiers** :
 - Aucun, la DDASS ayant aidé à l'adaptation aux règles de financement du secteur médico-social.

BILAN DE L'OPERATION

Par rapport aux objectifs fixés

- Réalisation rapide (5 ans) mais très long développement en interne.
- Le projet va engendrer une augmentation des coûts, du fait du renforcement des effectifs dans le médico-social, mais le coût *per capita* de 61 202 € restera inférieur à la moyenne nationale (71252 €).
- Une cinquantaine de patients (source : MDPH) seront toujours en inadéquation après l'ouverture de la MAS et devront être transférées dans des structures différentes, trop nombreuse pour être prise en charge par le CH (ESAT, maison-relais...)
- Ces transferts se feront éventuellement au sein d'un GCS « psychiatrie ». Un appel à projet national a été lancé pour constituer des GCS spécifiquement psychiatrique, autour de la problématique de la prise en charge de l'urgence psychiatrique et de l'articulation avec le médico-social. Le CH est prêt à répondre à cet appel en essayant de développer des partenariats avec des ESAT, des FAM locaux. Ceux-ci sont demandeurs d'intervention de médecins dans leurs locaux.
- Le projet n'aurait jamais abouti sans crédits extérieurs prévus par le PRIAC.
- La comptabilité des charges indirectes reste mal évaluée, car les fonctions supports et la direction restent assurée par le CH, ce qui peut mener à une sous-estimation des coûts de la MAS et l'évaluation de l'efficacité de la conversion.

Bilan économique

masses budgétaires (avant et après reconversion)

- Budget de la structure avant conversion : 2,6 M€ (dont 1,7 M € personnel), mais 1,821 M€ si l'on exclut la partie qui a été redéployée vers le SSR addictologie (879 000 €).
- Cette conversion entraîne un transfert de crédits de l'enveloppe sanitaire vers le médico-social fixé en 2007 à 1 254 885 €
- Le financement de la MAS est assuré par ce redéploiement et par l'enveloppe PRIAC de 1 685 815 € pour un budget total de 2 937 693 €

comparaison du tableau des effectifs¹⁴²

- Avant conversion : 20 agents ou 20 ETP pour 19 patients.
- Après conversion (SSR addictologie compris) : 60 agents ou 55,8 ETP pour 48 places, soit un ratio d'encadrement de 1,16 en MAS. Création d'un tiers d'ETP de médecin.
- *Ratios d'encadrement des patients et résidents*¹⁴³
 - Avant conversion : 1,05
 - Après conversion : 1,16

Extension d'un FAM et transformation d'un foyer d'accueil pour personnes handicapés en places de MAS et FAM au C.H. Sud-Gironde à La Réole (Gironde)

A4

Identité de l'établissement : Centre hospitalier.
Gestionnaire (si privé) : /

Objectif recherché :

qualitatif : répondre aux besoins constatés sur le territoire de santé : les demandes d'admission au FAM de La Réole augmentaient depuis 2004 (entre quinze et vingt par an avec un faible taux de renouvellement des patients. Par ailleurs, le CH de Cadillac désirait placer 50 de ses patients dans le médico-social, sans avoir de solutions d'aval. Le CH décide de redéployer ses places de FAM sur un nouveau FAM et une MAS.

en termes de lits/places : le FAM comportait 70 places, dont 48 places dites « polyhandicapés », reconverties en autant de places de MAS. Il comportait aussi 22 places pour le handicap psychique, auxquelles vont s'ajouter 53 places pour recréer un nouveau FAM de 75 places. L'opération aboutira à la création de 101 places médico-sociales (53 par création et 48 par reconversion) auxquelles s'ajoutent les 22 places pour le handicap psychique mentionnées *supra*, contre 70 auparavant.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

Le projet s'inscrit dans un programme d'adaptation des capacités médico-sociales du territoire, initié à la fin des années 1990.

Calendrier de l'opération :

Fermeture des activités d'obstétrique en 2003, de chirurgie en 2005. Création d'un centre pour enfant et adolescents polyhandicapés (CEAP) en 2004 par conversion de lits sanitaires. Cette opération s'est faite par fongibilité intégrale, pour 26 lits, bien que les coûts en dotation globale et sans comptabilité analytique soient difficiles à évaluer : 1,308 M€ puis 1,680 M€ sont transférés ; la DGAS abonda de 358 000 € pour requalifier le personnel et couvrir les frais financiers.. 3,2 M€ d'investissement sont réalisés, dont 1,7 M sont financés par la CNSA.

16 mars 2007 : avis favorable du CROSM.

26 avril 2007 : arrêté conditionnant l'extension du FAM à la création d'une MAS de 48 places.

Août 2012 : date prévue de mise en fonctionnement de la nouvelle structure.

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement en ressources humaines :

L'ouverture d'activités médico-sociales a été une garantie d'acceptabilité des fermetures d'activités sanitaires. Des métiers nouveaux sont développés. 25 recrutements ont été réalisés au titre de la prise en charge des soins en MAS et FAM.

financiers :

Les 48 places de MAS sont financées par redéploiement du forfait « soins » du FAM : 1,056 M€;
 un abondement sur les crédits prévus par le PRIAC 2010 : 1,802 M€
 Les places de FAM sont financées par des crédits prévus par le PRIAC : 270 000 €;
 le redéploiement de la dotation « soins » de 22 lits de FAM : 0,447 M€;
 un transfert de crédits sanitaires du CH de Cadillac : 709 000 €
 financement de la construction : 3,2 M€ dont 1,7 M€ de la CNSA

Freins, difficultés

Aucune difficulté particulière n'a été notée par la direction du CH.

BILAN DE L'OPERATION		
<u>Bilan global</u> Le coût pérenne pour l'assurance maladie augmentera d'environ 2 M€, mais le besoin est satisfait sur le territoire de santé. Le processus de reconversion s'étalera sur dix ans.	<u>Bilan économique</u> masses budgétaires (avant et après reconversion) Avant reconversion : <i>nc</i> Après reconversion : MAS 48 places : 2,858 M€ FAM 75 places : 1,4 M €	comparaison du tableau des effectifs¹⁴⁴ Avant conversion : 25,90 ETP pour 70 places Après conversion : 71,30 ETP (dont + 0,4 ETP de médecine psychiatrique) pour 123 places. <i>Ratios d'encadrement des patients et résidents¹⁴⁵</i> Avant reconversion : 0,37 Après conversion : 0,58

¹ Ces effectifs sont globaux, toutes catégories de personnel confondues. Les ratios d'encadrement sont donc à apprécier avec prudence.

¹ Ces ratios concernent l'encadrement des places de FAM initiales, comparé à celui des places de MAS et FAM finales.

Reconversion de lits de psychiatrie générale du centre hospitalier Etienne Gourmelen en places de MAS et de FAM à Quimper (Finistère)

B1

Identité de l'établissement : Etablissement public de santé mentale.

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif :**
 - réduire les inadéquations par rapport au champ de la psychiatrie et poursuivre les développements d'une politique intersectorielle autour de besoins spécifiques (psychoses chroniques et personnes âgées).
 - axer la prise en charge sur le « projet de vie » et rapprocher les patients de leurs familles.
- **en termes de lits/places :**
 - fermeture prévue de 53 lits en hospitalisation complète – psychiatrie pour adultes (unité relais de 28 lits et « clinique 2 » de 25 lits).
 - ouverture de 45 place médico-sociales (30 places en MAS, 15 places en FAM) sur un même site, soit 8 lits de moins qu'avant l'opération.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- coupe transversale par la CRAM en 2005, qui confirme les possibilités d'orientation vers un dispositif MAS/FAM pour 30 patients, tout en confirmant le besoin de prendre 17 patients en charge dans une unité de psychiatrie active.
- Département en déficit de places de MAS (20% des patients ne viennent pas de Gourmelen)
- Volonté de prendre en charge en MAS les psychoses chroniques et les troubles psychiques de la personne âgée

Calendrier de l'opération :

adopté dès 1982 mais mise en œuvre très progressive (en 92 : 640 lits hosp complète adulte -2009 : 192 lits)

- février 2004 : délibération du CA .
- 1^{er} juillet 2004: avis favorable du CROSM.
- 23 juillet : rejet de la demande de création d'une MAS et d'un FAM par le PCG et le préfet du Finistère dans l'attente du transfert des crédits de l'enveloppe sanitaire à l'enveloppe médico-sociale).
- 5 septembre 2005 : autorisation conjointe Préfet- PCG de la création d'un FAM de 15 places.
- 13 septembre 2005 : autorisation Préfet de la création d'une MAS de 30 places.
- 1^{er} octobre 2009 : ouverture de la résidence « les Océanides » (FAM et MAS).

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines :**
 - Mise en place sous l'égide de la CME d'un comité de pilotage chargé de construire la réflexion sur l'action médico-sociale de l'établissement et de coordonner les projets futurs de soins au long cours.
 - Formation du personnel recruté, dans le cadre d'un plan de formation élaboré par l'établissement, issu du secteur sanitaire pour mieux construire le projet de vie personnalisé des futurs résidents et financement de mesures d'organisation : 19 782,72 € Elaboration d'un « Projet du Service » (article L 311-8 du code de l'action sociale et médico-sociale) pour préparer le fonctionnement du MAS/FAM.
 - Participation des personnels à l'étude architecturale.
 - Le personnel, opposé au début, s'est finalement rallié au projet.
- **financiers :**
 - L'ouverture de la MAS et du FAM s'est traduit par un transfert de crédit du secteur sanitaire vers le secteur médico-social, en deux étapes : 618 524 € en 2009, 1 855 572 € en 2010.
 - Le financement des constructions s'est décomposé ainsi :
 - **MAS** : 3 049 176 € dont emprunt : 2 000 000 € autofinancement : 1 049 176 €
 - **FAM** : 1 818 807 € dont emprunt PLS (851 000 €), subvention du Conseil Général (309 000 €) et autofinancement (658 807 €)
- **autres :**
 - Accompagnement des résidents et de leur famille dans leur changement de statut de patient à celui de résident.
 - Accord politique : participation de l'établissement au troisième schéma départemental a permis l'inscription du projet dans celui-ci, avec l'accord du CG (bien que cet accord ait été difficile à trouver).

Freins

- Seuls les partenaires sociaux se sont opposés au début à un projet prévu de longue date et recueillant l'accord de toutes les autres parties.

BILAN DE L'OPERATION

Par rapport aux objectifs fixés

- Les objectifs fixés ont été atteints : réduction effective de 34 lits en hospitalisation complète en psychiatrie pour adultes. Parallèlement, les 45 places en secteur médico-social étaient ouvertes en totalité.
- Malgré l'anticipation des analyses et des préparations des orientations (cf. ci-dessus), certains patients n'ont pas pu être orientés vers une solution médico-sociale. L'établissement a décidé de maintenir en fonctionnement l'unité de soins au long cours « Ar Sterenn » pour une capacité d'accueil de 19 lits pour la prise en charge des patients non stabilisés suivis au long cours et qui ne peuvent être orientés vers des dispositifs médico-sociaux. Cette situation conduit à une dégradation de la situation financière de l'EPSM ; cette unité fonctionnant depuis fin 2009 sur les crédits sanitaires malgré les redéploiements réalisés vers les budgets annexes médico-sociaux. Un accompagnement financier a été sollicité dans le cadre des priorités retenues lors de la revue annuelle du CPOM 2009 en janvier 2010.
- La direction considère cette opération comme un succès, mais elle montre aussi les limites de la réduction des capacités d'accueil en hospitalisation complète ; le maximum a été fait, et les lits restant sont occupés à 97%.

Bilan économique

masses budgétaires (avant et après reconversion)

- Les recettes de la Maison d'Accueil Spécialisée, relevant de l'Assurance Maladie, s'élèvent pour 2010 à 2 108 638 €. Les recettes liées au forfait journalier s'élèvent à hauteur de 192 762 € (le forfait applicable étant fixé à 18€).
- Le Foyer d'Accueil Médicalisé est financé par une dotation Soins à hauteur de 344 000 € et par le Conseil Général et/ou les résidents à hauteur de 736 100 € soit un budget total de 1 080 100 € pour 2010.

Soit un total de 3 381 500 € dont 736 100 € par le conseil général et/ou les résidents (hébergement FAM) et 2 452 638 € par l'assurance maladie (FAM et MAS).

comparaison du tableau des effectifs¹⁴⁶

- avant conversion : 36,94 ETP pour 53 lits
- après conversion : 30,05 ETP pour 45 lits

l'effort a porté principalement sur les temps d'infirmiers/AS/AMP. Le recrutement de personnels sociaux s'est fait au fur et à mesure des départs.

- *Ratios d'encadrement des patients et résidents*¹⁴⁷

- Avant conversion : 0,70

- Après conversion : 0,67

Reconversion de lits de psychiatrie générale du centre hospitalier Etienne Gourmelen en lits d'USLD à Quimper (Finistère)

B2

Identité de l'établissement : Etablissement public de santé mentale.

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- Dans un projet général de réduction massive de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie :
- évoluer de la psychiatrie générale à des lits USLD par redéploiement
- évoluer de la psychiatrie complète vers les alternatives à l'hospitalisation par redéploiement
- **en termes de lits/places** :
- 1993 : 60 lits de psychiatrie générale sont convertis en USLD sur le site de Pont l'Abbé –Tréougy en 93
- 1998 : 60 lits de psychiatrie générale sont convertis en USLD sur le site de Quimper Kerfily en 98

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- prise de conscience que la prise en charge de la personne âgée ne relève pas de la psychiatrie active. Changement impulsé depuis le début des années 1980.
- Suréquipement en lits de psychiatrie en Bretagne par rapport aux besoins, d'après les interlocuteurs rencontrés.
- Besoin de faire des économies : protocole d'accord en 1999 avec la DHOS et l'ARH : baisse de crédits entre 2000 e)

Calendrier de l'opération :

Plan directeur 1990-95 adopté dès 1983 par le CA mis en œuvre sur long terme (CF fiche EPSM E G / MAS-FAM)

- janvier 93 : délibération du Ca : transformation de 60 lits de psy générale en 60 lits LS à Pont Labbé
- sept 1993 : autorisation de la structure de Quimper-Tréougy à Pont Labbé
- 15 septembre 1993 : mise en fonctionnement de la structure et transfert patients à l'USLD Pont Labbé
- fev 1994 : délibération du CA pour résidence Kerfily à Qimper (60 lits par transformation 60 lits psy)
- 18 février 1996 : autorisation Préfet de 120 lits USLD : 60 à Tréougy et 60 à Pont-Labbé
- mai 1998 : mise en fonctionnement et transfert des patients à Tréougy
- Nov 2010 : partition : 50 lits d'EHPAD – 70 lits USLD

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

• **en ressources humaines** :

- mise en œuvre sur 3 ans de différentes actions inscrites dans le protocole de novembre 1999 avec ARH, un accompagnement social : élaboration du « projet de la résidence » par les professionnels concernés (groupe de travail de janvier à mai 1998) ; appel à candidature et recrutement sur les projets sanitaires au fur et à mesure de leur réalisation.
- Personnel n'a pas manifesté d'opposition

• **financiers** :

- Le maintien des crédits dans la base budgétaire de l'établissement par l'accord avec ARH de 1999 pour l'ouverture des lits USLD a permis de développer des alternatives à l'hospitalisation : hopitaux de jour, CMP adultes et enfants (prélèvement sur les moyens de la psychiatrie pour les rediriger vers d'autres secteurs, mais toujours au sein de l'établissement, ce qui crée un intéressement à la reconversion de l'activité)
- Parallèlement mis en place de contrats récessifs par l'ARH Bretagne pour la période 2002-2006 dans le cadre du projet d'établissement : diminution de 1 271 000 € (sur un budget total de 50M €environ). A finalement été réalisé jusqu'en 2008
- Nécessité d'une construction neuve

• **autre** : le Conseil Général a suivi et soutenu l'opération

BILAN DE L'OPERATION

Bilan économique	
<p align="center"><u>Par rapport aux objectifs fixés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs fixés ont été atteints : <ul style="list-style-type: none"> - restructuration des lits d'hospitalisation complète et de jour sur l'EPSM. De 1988 à 2008, le nombre de lits d'hospitalisation complète à baissé de 77% (de 831 à 192). - implantation d'une structure intersectorielle extériorisée pour adolescents de 10 places (la maison thérapeutique du Collégien et du Lycéen) - création d'un hôpital de jour pour personnes âgées de 12 places à Quimper (HJ « L'Hermine ») - la création d'un hôpital de jour pour personnes âgées de 10 places à Concarneau (HJ « L'Estran »), - création d'une unité de psycho-gériatrie active : unité de 16 lits d'hospitalisation complète (Unité « Isatis ») et le développement de l'activité ambulatoire en géronto-psychiatrie - l'extension des capacités de l'hôpital de jour d'alcoologie sur Quimper (de 5 à 12 places) 	<p align="center">masses budgétaires (avant et après reconversion)</p> <p>Fonctionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • le coût nécessaire pour financer le développement des alternatives à l'hospitalisation fut de 2 901 760 € financé par le maintien de la masse budgétaire de l'EPSM à hauteur de 2 484 919 € et par redéploiement interne à hauteur de 416 841 € <p>Investissement</p> <ul style="list-style-type: none"> • la direction actuelle fait état d'un coût de 3 266 316 € pour financer la construction de la structure de Kerfily.
	<p align="center">comparaison du tableau des effectifs¹⁴⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'établissement n'a pas été en mesure de retracer l'évolution des effectifs, le recrutement s'est fait au fur et à mesure des réalisations, par appel à candidature. • <i>Les ratios d'encadrement des lits et places initiaux et finaux ne peuvent être établis.</i>

Transformation de lits de psychiatrie générale du centre hospitalier Guillaume Régnier en places de MAS à Betton (Ile-et-Villaine)

B3

Identité de l'établissement : Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (Rennes).

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif** :
 - Faire suite à la transformation de 160 lits de psychiatrie situés sur le site du Placis Vert (35) en 160 places de MAS, le 1er juin 2001 et mieux répondre aux besoins de la population.
- **en termes de lits/places** :
 - Transformation de 60 lits de psychiatrie générale en 60 places de MAS au Placis Vert, avec à terme le transfert de ces lits à une nouvelle structure de 60 places à Betton (35) en 2011.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- Une partie des patients de psychiatrie ont des spécificités qui nécessitent un suivi renforcé médico-social que les autres MAS de la région ne peuvent assurer.
- Enveloppes anticipées de la CNSA qui permettent de planifier l'opération sur une longue période.

Calendrier de l'opération :

- Octobre 2007 : délibération du C.A. sur le pré-programme de construction de 60 places à Betton
- 31 octobre 2008 : achat du terrain à Betton
- 14 mai 2009 : autorisation de la nouvelle structure
- 14 janvier 2010 : attribution des marchés de travaux
- 8 février 2010 : démarrage des travaux
- juin 2011 : mise en fonctionnement de la nouvelle structure

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines** :
 - Un nouveau directeur succède à l'ancien
 - Introduction d'un nouveau métier, il fallait donc diminuer la couverture infirmière l'après-midi à 1 ETP pour deux maisons.
 - groupes de travail par métier pour repenser les métiers dans le contexte médico-social
 - Appel à candidature pour le personnel souhaitant travailler sur la nouvelle MAS.
- **financiers** :
 - Financement de 30 places dites de pré-MAS, financées par anticipation et de manière échelonnée sur des crédits médico-sociaux (PRIAC 2008-2012) pour un montant de 2 034 045 €: 5 places/324 420 €en 2008, 11 places/775 511 €en 2009, 14 places/936 114 €en 2010).
 - Financement de 30 autres places par redéploiement de l'enveloppe sanitaire : 2 places/162 100€en 2009, 3 places 243 150 €en 2010, 25 places / 2 026 250 €en 2011)
 - L'activité de l'établissement doit permettre que le budget annexe dont relève les MAS puisse rembourser le CH pour les charges supportées par son budget principal au titre des places de MAS.
 - Un avenant au CPOM négocié avec l'ARS permet une aide à l'investissement de 1 408 390€étalée entre 2008 et 2015. La structure de Betton nécessitera un investissement de 8 M €
- **autres** : implication des familles (Association des familles du Placis-Vert) dans les choix d'organisation de la structure.

Freins

- **financiers** :
 - L'opération suit le calendrier du PRIAC, système glissant sur trois années pas forcément adapté aux besoins de gestion et d'adaptation aux besoins de la population
 - Le fait que le Conseil Général ait bloqué les crédits « handicap » jusqu'en 2014 imposait de créer une MAS, quand un FAM aurait moins coûté à l'hôpital.

BILAN DE L'OPERATION

BILAN DE L'OPERATION			
<p style="text-align: center;"><u>Par rapport aux objectifs fixés</u></p> <p>Opération en cours.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Bilan économique</u></p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p>masses budgétaires (avant et après reconversion)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budget MAS 2011 : 15,8 M€ de charges, dont 11,8 M€ de personnel et 2,5 M€ de charges liées à la structure. Les produits de la tarification (13,6M€) équilibrent le compte de résultat. </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Tableau des effectifs¹⁴⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • 166 ETP dans les maisons • 31.5 ETP en transversal • Total : 197.5 ETP <p style="font-size: small;"><i>Les ratios d'encadrements des lits et places initiaux et finaux ne peuvent être établis.</i></p> </td> </tr> </table>	<p>masses budgétaires (avant et après reconversion)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budget MAS 2011 : 15,8 M€ de charges, dont 11,8 M€ de personnel et 2,5 M€ de charges liées à la structure. Les produits de la tarification (13,6M€) équilibrent le compte de résultat. 	<p style="text-align: center;">Tableau des effectifs¹⁴⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • 166 ETP dans les maisons • 31.5 ETP en transversal • Total : 197.5 ETP <p style="font-size: small;"><i>Les ratios d'encadrements des lits et places initiaux et finaux ne peuvent être établis.</i></p>
<p>masses budgétaires (avant et après reconversion)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budget MAS 2011 : 15,8 M€ de charges, dont 11,8 M€ de personnel et 2,5 M€ de charges liées à la structure. Les produits de la tarification (13,6M€) équilibrent le compte de résultat. 	<p style="text-align: center;">Tableau des effectifs¹⁴⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • 166 ETP dans les maisons • 31.5 ETP en transversal • Total : 197.5 ETP <p style="font-size: small;"><i>Les ratios d'encadrements des lits et places initiaux et finaux ne peuvent être établis.</i></p>		

Requalification des lits d'USLD du centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes (Ile-et-Villaine)

B4

Identité de l'établissement : Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie.

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif** : adapter la qualité de prise en charge à l'état de santé et au niveau de dépendance des personnes âgées.
- **en termes de lits/places** :
 - Transformation de 200 lits d'USLD en 120 places d'EHPAD à Rennes ;
 - 80 lits d'USLD redéfinis à Chateaugiron et Bruz.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- Coupe PATHOS effectuée en 2006 dans le cadre de la partition des lits d'USLD.
- Prise de conscience des équipes médicales que certains patients relevaient d'une prise en charge médico-sociale.

Calendrier de l'opération :

- Délibération du Conseil d'administration le 6 mai 2008.
- Arrêté ARH et Conseil Général du 9 octobre 2008 fixant la nouvelle répartition des lits.
- Démarche qualité et négociation budgétaire au 1er semestre 2009 avec DDASS et Conseil général.
- Signature de la convention tripartite pour les 1230 lits d'EHPAD le 17 septembre 2009.
- Arrêté conjoint Préfet-PCG le 28 décembre 2009.
- Ouverture des nouvelles structures le 1er janvier 2010 et création des budgets annexes EHPAD.

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines** :
 - Un nouveau directeur succède à l'ancien
 - Maintien des effectifs de jour mais aménagement de l'organisation de travail ; par exemple, révision des effectifs de nuit (plus d'infirmiers) dans l'EHPAD,
 - Formation du personnel pour adaptation aux nouvelles qualifications,
 - Le suivi psychiatrique des patients de l'EHPAD est effectué par les équipes de secteur. Des réunions ont été organisées avec les familles des résidents.
- **autres** :
 - Echelonnement sur 5 ans de l'adaptation de la structure en EHPAD prévu par la convention tripartite : conseil de la vie social, projet de structure, livret d'accueil, contrat de séjour.
 - Pour chaque structure des réunions d'information ont eu lieu vers le personnel et les familles.

Freins

- **en ressources humaines** :
 - très difficile acceptation de la conversion en médico-social Le personnel, y compris médical, a vécu la transformation des lits d'EHPAD comme un « déclassé ».
- **financiers** :
 - La réforme USLD difficile à appliquer à partir d'un hôpital psychiatrique car le niveau des soins y était supérieur au niveau habituel en maison de retraite, et l'hébergement y était sous-payé tant par l'utilisateur que par le Conseil général, des ajustements ont donc été nécessaires.
 - L'établissement a respecté les tarifs plafonds pour l'hébergement, fixés par le Conseil général pour limiter le surcoût pour l'utilisateur.
 - Nécessité de mettre à plat les liens de financement complexes entre le budget principal et le budget annexe USLD pour permettre le remboursement intégral des charges indues du budget annexe au budget principal.
 - Coût de l'opération = 2 M€ supporté jusqu'alors par le budget sanitaire. A redistribuer : 946 000 € de remboursement au budget général et 1 M€ supporté par la hausse du budget hébergement.

BILAN DE L'OPERATION**Par rapport aux objectifs fixés**

Les objectifs fixés ont été atteints en 18 mois

Bilan économique**masses budgétaires (avant et après reconversion)**

- Après clarification des charges entre le budget principal et les budgets annexes, le surcoût de l'opération= 1M €
- Ce surcoût est absorbé par la hausse des tarifs hébergement, qui est supportée à 50% par les personnes et 50% par l'aide sociale.

comparaison du tableau des effectifs¹⁵⁰

Maintien des effectifs mais nouvelle répartition entre les 3 structures

Les ratios d'encadrements des lits et places initiaux et finaux sont identiques mais non communiqués

Réduction du nombre de lits de SLD de la résidence Keramour et requalification de 90 lits en EHPAD à Rostrenen (Côtes-d'Armor)

B5

Identité de l'établissement : Résidence Keramour à Rostrenen (22) du centre hospitalier de Plougernevel

Gestionnaire (si établissement privé) : Association Hospitalière de Bretagne (loi 1901)

Objectif recherché :

- **qualitatif :**
 - Adaptation de l'offre aux dispositions réglementaires relatives à la partition ULSD/EHPAD
 - Mieux prendre en compte la population spécifique des patients de l'ULSD avec un renforcement des moyens affectés grâce au financement au GMPS
 - Prendre en compte l'expérience de la résidence Keramour dans la prise en charge de personnes présentant des troubles du comportement et/ou cognitifs
 - Application des orientations de SROS et du schéma d'orientation médico-social départemental
- **en termes de lits/places :** réduire la capacité de la résidence ULSD de 120 à 30 lits, en transformant 90 lits en EHPAD

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- reprise du centre hospitalier par nouveau gestionnaire en 1995
- Une stratégie ancienne de redéploiement vers le sanitaire comme le médico-social
- Prise de conscience que les 1648 lits (en 1990) du CH étaient appelés à diminuer (patients majoritairement venant de l'Île de France).
- Volonté de sauver l'emploi sur un territoire enclavé.
- Procédure de partition des USLD selon la coupe PATHOS en 2006

Calendrier de l'opération :

- Convention tripartite EHPAD avec la confirmation de l'engagement de la résidence Keramour dans la prise en charge de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées
- Décision d'autorisation de la nouvelle structure : 19 novembre 2008
- Date de mise en fonctionnement de la nouvelle structure : 1er janvier 2009
- Création d'un accueil de jour de 6 places en octobre 2010 et d'un PASA programmé en 2011 (autorisé en 2010).

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines :**
 - Structure de personnel inchangée
 - Formation au « projet de vie en EHPAD » en 2009 : 6 x 2 jours sur 6 thèmes, chaque agent a pu suivre plusieurs sessions
 - Le redéploiement de personnel n'a pas été imposé : une limite de 60 km maximum fixée pour les mutations de personnel.
- **financiers :**
 - Mise en place d'une organisation transversale au sein du CH pour les fonctions support (paie, logistique) et ingénierie (évaluation) la conversion est rendue plus facile, notamment sur le plan financier, car la nouvelle structure est adossée à un CH qui rationalise en même temps d'autres domaines processus. une direction mixte (directeur et adjoint): sanitaire et médico-social, un modèle testé sur d'autres reconversions (ex. Carhaix)
 - Le coût de l'opération a été réduit car la commune a fait don du terrain.
 - 200 K€ ont été apportés par l'établissement dans le cadre de la convention tripartite.
- **Autres :**
 - une forte représentation d'élus locaux au sein de l'association (acteurs positifs).

Freins

- **en ressources humaines :**
- **financiers :**
 - Il n'y a pas eu de demande d'aide à la mobilité du fonds de modernisation des établissements.

BILAN DE L'OPERATION**Par rapport aux objectifs fixés**

Les objectifs quantitatifs fixés ont été atteints.
 Il n'y a pas eu de modification architecturale et seule la répartition des lits au sein du bâtiment, l'existence d'un projet de vie et l'organisation du travail ont été impactées. On observe par exemple que la permanence infirmière de nuit assurée au titre de l'USLD profite toujours de fait aux 2 structures.

Bilan économique**masses budgétaires (avant et après reconversion)**

Fonctionnement :
 Avant reconversion : 4 661 K€
 Après reconversion : 5 236 K€
 1 540 K€ ULSD
 3 396 K€ EHPAD, soit au total 4 919 K€
 300 K€renforcement pour l'USLD selon coupe PATHOS (orientation Alzheimer)

comparaison du tableau des effectifs¹⁵¹

Effectifs redéployés depuis le CH : 51,50 ETP
 Les effectifs globaux sont restés inchangés, soit 76,32 avant et après conversion. Ceci renforce l'idée que cette opération s'apparente plutôt à une requalification des lits existants.

Ratios d'encadrement des patients et résidents¹⁵²
Avant conversion : 0,64
Après conversion : 0,64

Création d'un FAM et d'une MAS à Chateauneuf du Faou (Finistère) par redéploiement de psychiatrie sectorisée du CHS de Plougernevel (Côtes-d'Armor)

B6

Identité de l'établissement : Centre hospitalier de psychiatrie de Plougernevel (Finistère)

Gestionnaire (si établissement privé) : Association Hospitalière de Bretagne (loi 1901), avec une forte représentation d'élus locaux (acteurs positifs).

Objectif recherché :

- **qualitatif :**
 - Le projet s'inscrit dans une dynamique globale de redéploiement des capacités de l'établissement lié notamment à des inadéquations. Entre 1990 et 2010, l'établissement passe de 1600 à 160 patients.
 - Réduire les capacités excédentaires du CH de Plougernevel accueillant des malades psychiatriques chroniques
 - Répondre aux besoins exprimés dans les schémas d'orientation MS en faveur des personnes handicapés du Finistère
- **en termes de lits/places** : création de 25 places de FAM à destination des résidents IMC, 10 places de FAM à destination de résidents traumatisés crâniens et 8 places de MAS à destination de résidents traumatisés crâniens.

Question : Le CPOM du CH de Plougernevel décrit un objectif chiffré de fermetures de lits, ainsi que des objectifs de création de places sur des besoins nouveaux, sans qu'une contrepartie directe ne soit établie entre les réductions de capacités de psychiatrie sectorisée et l'ouverture de telle ou telle structure nouvelle. Néanmoins, en raisonnant sur la base des emplois redéployés sur le FAM/MAS de Chateauneuf, on peut considérer que l'ouverture du FAM et de la MAS correspond environ à la fermeture de 25 lits de psychiatrie sectorisée.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- Une stratégie ancienne de redéploiement vers le sanitaire comme le médico-social
- Prise de conscience que les 1648 lits (en 1990) du CH étaient appelés à diminuer (patients majoritairement venant de l'île de France).
- Volonté de sauver l'emploi sur un territoire enclavé.

Calendrier de l'opération :

- Date de décision de l'opération de conversion par l'établissement (date du CA) : ...
- Date de décision d'autorisation de la nouvelle structure : 30 juin 2005
- Date de mise en fonctionnement de la nouvelle structure : 3 septembre 2007

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

• en ressources humaines :

- Les personnels ont tous été redéployés depuis le CH sur la base du volontariat : la conversion a été facilitée par le fait que l'établissement origine comptait un personnel nombreux dont certains étaient prêts, pour garder leur emploi, à accepter une relative mobilité.
- Effectif global redéployé : 24,10 ETP, avec l'accord du personnel sur la base d'un éloignement maximal de 60km.
- Quelques recrutements (psychomotriciens et orthophonistes) par redéploiement, et apport de nouveaux métiers (éducateurs spécialisés).
- Les actions de formation ont permis de qualifier des personnels et la conversion s'est donc accompagnée de promotions : promotion professionnelle de 20 aides soignantes en AMP (formation professionnelle).
- Formation au management, financée par le FNE et le FSE.
- Mise en place d'une organisation transversale pour les fonctions support (paie, logistique) et d'ingénierie (évaluation)
- Le gestionnaire précédent, société de dimension nationale, envisageait fermeture, d'où reprise en 1995 par une association locale existante, ce qui a aidé au changement.
- L'ARH avait conscience du fort potentiel de reconversion vers le médico-social.

• financiers :

- Mise en place d'une organisation transversale au sein du CH pour les fonctions support (paie, logistique) et ingénierie (évaluation). La conversion est rendue plus facile, notamment sur le plan financier, car la nouvelle structure est adossée à un CH qui rationalise en même temps d'autres domaines et processus. La direction est mixte (directeur et adjoint) : sanitaire et médico-social, un modèle testé sur d'autres reconversions (ex. Carhaix).
- Le coût de l'opération a été réduit car la commune a fait don du terrain. L'établissement a lui pu dégager 3,344 M€ pour investir dans la construction de la nouvelle structure et dans la formation.

Freins

- **en ressources humaines** : pas de freins notables, malgré une crainte sur le maintien de l'emploi
- **financiers** : Il n'y a pas eu d'aide à la mobilité du fonds de modernisation des établissements.

BILAN DE L'OPERATION

Bilan économique	
<p style="text-align: center;"><u>Par rapport aux objectifs fixés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs ont été remplis sur un temps court (3 ans et demi) entre décision et ouverture des nouveaux établissements). • Réalisation rapide, sans doute liée au dynamisme et au statut privé de l'opérateur. 	<p>masses budgétaires (avant et après reconversion)</p> <p>Fonctionnement : baisse régulière du coût global en raison de la baisse du nombre de patients accueillis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2007 : 40 028 K€ • 2008 : 35 656 K€ dont CNSA : 1 467 K€ dont conseil général du Finistère : 1 554 K€ <p>Investissement :</p> <p>Autofinancement total de l'investissement pour les constructions : 3 344 K€</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarif journalier 2010 : <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie : 393,45 € - M AS : 285,00 € - FAM : hébergement : 117,66 €; soins : 67,87 €
	<p>comparaison du tableau des effectifs¹⁵³</p> <p>Les effectifs pour les 25 places de psychiatrie : 24,1</p> <p>Les effectifs pour les 43 nouvelles places sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - MAS Chateaufort : 11.95 ETP - FAM section soins : 13.15 ETP - FAM section hébergement : 26,45 ETP <p>Les effectifs de la MAS et de la section soins du FAM ont été financés par redéploiement du CH de Plouguernevel . Ils ont à la suite fait l'objet d'un renforcement dans le cadre de l'évolution du budget du FAM/MAS.</p> <p>Les effectifs de la section hébergement ont été financés en sus dans le cadre du budget autorisé par le Conseil Général du Finistère.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ratios d'encadrement des patients et résidents¹⁵⁴</i> <ul style="list-style-type: none"> - Avant conversion : 0,96 - Après conversion : 1,06

Conversion des lits de psychiatrie de l'hôpital local Claude Dejean de Villeneuve de Berg en MAS (Ardèche)

RA1

Identité de l'établissement : Hôpital local.

- Pôle sanitaire : 12 lits de médecine, 75 lits de SLD ; Pôle médico-social personnes handicapées : 135 places de MAS et 8 places d'accueil de jour ; Pôle médico-social personnes âgées : 135 lits d'EHPAD, PASA et 6 places d'accueil de jour avec un projet de résidences services.

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif** :
 - Améliorer la prise en charge des polyhandicapés autrefois pris en charge dans des lits de psychiatrie générale.
- **en termes de lits/places** :
 - L'hôpital a converti 120 lits de psychiatrie en 90 lits autorisés de MAS, avec en pratique 81 lits de MAS installés.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- La DDASS et la direction de l'établissement prennent conscience de la nécessité de spécialiser les pratiques de prise en charge (mission d'enquête de juillet 1997).

Calendrier de l'opération :

- Mai 2000 : signature d'un protocole d'accord avec l'ARH qui a permis un engagement des acteurs et un soutien plus rationnel des tutelles et de l'assurance maladie dans la durée.
- Dossier CROSM non présenté dans les temps en 2000, du fait de divergence entre la directrice et le président du C.A. Il est finalement déposé et approuvé le 21 novembre 2003. La nouvelle structure est autorisée le 28 novembre.
- 11 février 2004 : mise en fonctionnement de la nouvelle structure dans les locaux existants.
- Février 2011 : mise en fonctionnement de la nouvelle structure dans les nouveaux locaux.

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines** :
 - Des ASH sont devenus soit AS soit AMP, pour un montant de formation de 343 671 € Recrutement extra-régional.
 - Création d'un poste de directeur de la MAS (DE3S).
 - Au sein du GCS dont l'hôpital fait partie, financement par l'ARS de postes d'acheteurs, d'ingénieurs spécialisé en gestion des risques, d'infirmières hygiénistes.
- **financiers** :
 - Pour la rénovation des locaux consécutifs à la création de la MAS : 8, 5 M€
 - ❖ Apport de CNR de la CNSA de 1,5 M€
 - ❖ Prêt sans intérêt CRAM de 500 000 €
 - ❖ 850 000 € d'autofinancement
 - ❖ Prêt de 5,6 M€
 - Le transfert d'enveloppe du sanitaire au médico-social représente 4,2 M€ dont un abondement de 1,3 M€ de la CRAM avant la conversion, dont 300 000 € pour le personnel, et 650 000 € pour les reversesments du budget de la MAS (annexe) au budget général pour le financement des emplois transverse (logistique, cuisine).
 - Les crédits OGD ont augmenté de 600 000 € (crédits reconductibles)
- **autres** :
 - Directeur historique (39 ans) qui a siégé au CA pendant 4 ans après son départ en tant que maire, et a créé des lits de psychiatrie, qui ensuite ont été reconvertis vers le SSR puis la MAS, ce qui explique la structure actuelle. Il était opposé au projet. Les préconisations de la DDASS sont mises en œuvre au moment de son départ.
 - La direction de l'hôpital a noté que son expérience sanitaire a permis une conduite du changement efficace. Le directeur est issu d'une direction sanitaire privée, et a pu faire le croisement entre une culture de l'usager et la culture du projet de vie.
 - Locaux vétustes, besoin de repenser l'architecture pour la faire passer de la psychiatrie au médico-social (environnement plus ouvert)

Freins

- **en ressources humaines** :
 - Les partenaires sociaux (CGT) étaient opposés au projet. Reste une frustration pour certains agents de ne rien avoir gagné financièrement dans le changement de métier.
 - Crises très fortes (2006, 2008) avec appel d'un consultant en ressources humaines pour gérer la transition du sanitaire au médico-social.
- **autres**
 - Difficultés à faire accepter aux familles les transferts de la psychiatrie vers l'USLD et l'EHPAD, notamment à cause de l'augmentation du prix de journée du au RAC.

BILAN DE L'OPERATION

Bilan économique	
<p style="text-align: center;"><u>Par rapport aux objectifs fixés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs contenus dans le décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie sont aujourd'hui quasiment atteints et ce quatre avant l'échéance finale du projet de conversion de l'établissement. - Coût raisonnable pour l'assurance maladie : 165 € par place. Il tendra à augmenter du fait de l'investissement, bien que cela soit pondéré par la baisse des amortissements. Le surcoût net pour l'assurance maladie sera de 350 000€ par an. 	<div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p style="text-align: center;">masses budgétaires (avant et après reconversion)</p> <p style="text-align: center;">(opération en cours)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant conversion : 3,45 M€ • Après conversion dans les locaux existants : 4,35 M€ • Après transfert dans la nouvelle structure : 5,9 M€ </div> <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px; margin-top: 20px;"> <p style="text-align: center;">comparaison du tableau des effectifs¹⁵⁵</p> <p style="text-align: center;">(opération en cours)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant la conversion : 83,3 ETP pour 120 LITS • Après la conversion : 96,5 ETP (300 000€ de recrutement) pour 80 places • Aujourd'hui : 102,75 ETP • <i>Ratios d'encadrement des patients et résidents¹⁵⁶</i> <ul style="list-style-type: none"> - Avant conversion : 0,69 - Après conversion : 1,27 </div>

Requalification en EHPAD de l'établissement public de santé de la Côte Saint-André (Isère)

RA2

Identité de l'établissement : Etablissement public, situé dans le territoire de santé Est de la région Rhône-Alpes.

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif** :
 - Choix d'un nouveau positionnement, pour mieux s'intégrer au territoire, dans la mesure où l'établissement était à cheval sur le sanitaire et le médico-social, sans toutefois pouvoir s'appuyer sur un CH à proximité.
- **en termes de lits/places** :
 - Classement en EHPAD des 180 lits (auparavant : 100 lits LS + 80 lits EHPAD)

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- 2006 : coupe PATHOS faisant état de l'inadéquation des patients placés en USLD, ce qui imposait de transformer cette dernière en EHPAD.
- Programme d'audit de la DRASS qui fait le même constat (nb. Il portait sur Roybon, dont la direction était commune avec l'EHPAD de la Côte Saint André).
- Changement de directeur (retraite).
- Situation financière non soutenable : 800 000 € de déficit cumulé, incertitude des comptes, amortissements non réalisés, disparition de la section d'investissement.
- Opacité financière : la dotation globale de l'USLD supportait d'autres coûts.
- Impossible de classer les 100 lits en USLD, du fait de l'absence d'établissement et de plateau technique de référence.

Calendrier de l'opération :

- Etablissement de 180 lits, en 2007, dont 100 USLD et 80 lits « maison de retraite » non conventionnés. Changement de directeur (retraite). Elaboration d'un plan de retour à l'équilibre et d'un plan prévisionnel de gestion des compétences et des carrières.
- Décision du C.A. : novembre 2009.
- Négociation rapide de la convention tripartite : octobre-décembre 2007, signature fin décembre (conformément au délai réglementaire) et effectivité au 1^{er} janvier 2008.
- Avenant financier en cours de mise en œuvre.

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines** :
 - Information pédagogique sur le changement d'activité qui a permis de trouver un consensus solide entre direction, personnels et financeurs.
 - Formation d'IDE d'une AS, mise en stage au 1^{er} décembre 2008 ; validation des acquis de l'expérience d'une ASHQ, mise en stage en tant qu'AS au 1^{er} septembre 2009.
 - Directeur DE3S, assurant une direction commune avec l'EHPAD de Beaurepaire.
 - Formation pendant le projet d'établissement.
- **financiers** :
 - Clarification des comptes, qui a permis l'adhésion du Conseil Général au projet.
 - Accord de la DDASS pour une aide de 900 000 € en crédits non reconductibles CNSA afin d'apurer le déficit de l'établissement (800 000 €) et accompagner le changement (100 000€). Sans cette aide, l'opération aurait été plus difficile, et surtout plus longue d'environ trois ans.
 - Sur 2007-2010, on a augmenté de 43% les moyens pour l'hébergement et la dépendance : +1,3 M€ dont 1,2 M€ venant du Conseil Général.
 - Augmentation de 12% du tarif hébergement à la charge des résidents (dont 30% sont éligibles à l'aide sociale) qui permet au Conseil Général de reprendre du déficit.
- **Autres** :
 - Elaboration d'un projet d'établissement, toujours en cours
 - Soutien de l'ARH, de la DDASS et du Conseil Général.

Freins

- **en ressources humaines** :
 - Le GMP très élevé, donc peu attirant pour les aides soignants, les médecins, les AMP. Ce schéma se retrouve dans tous les EHPAD dont le GMP est supérieur à 800, qui connaissent un *turnover* important. L'EHPAD non adossé à un hôpital ou un plateau technique est très peu attractif. Le gériatrique pur induit un problème de personnel.
 - Problème de l'adhésion du médecin coordonnateur, qui s'investit peu dans le projet d'établissement.

BILAN DE L'OPERATION

Par rapport aux objectifs fixés

(opération en cours)

- Objectifs qualitatifs de la convention tripartite en voie d'être atteints.
- Equilibre financier pérenne, avec un RAC/hébergement de 47€ en moyenne (+ 5, 49 pour la dépendance), qui va tendre vers 60€ du fait de la restructuration du bâti.
- Création d'une filière gériatrique de rattachement en coopération avec le CH de Voiron. Signature d'une charte d'adhésion en 2010. Le partenariat fonctionne, mais ne constitue pas un adossement.
- La réforme USLD a permis à l'établissement de retrouver une bonne santé financière et à assurer ses missions plus efficacement.

Bilan économique

masses budgétaires (avant et après reconversion)

(opération en cours)

- Total des sections tarifaires
 - Exercice 2007 : 5,669 M€
 - Exercice 2010 : 6,956 M€

comparaison du tableau des effectifs¹⁵⁷

(opération en cours)

- Avant la convention tripartite : 137, 2 ETP pour 180 lits
- Convention initiale, effet au 1er janvier 2008 : 132,64 ETP pour 180 lits
- Après l'avenant, au 1er janvier 2009 : 140,87 ETP

La structure des emplois a changé : des psychologues, des AMP et des personnels d'animation ont été recrutés

• Ratios d'encadrement des patients et résidents¹⁵⁸

- Avant conversion : 0,76
- Après conversion : 0,78

Conversion des lits d'USLD en lits d'EHPAD du centre hospitalier de La Mure (Isère)

RA3

Identité de l'établissement : Centre hospitalier (hôpital local).

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif :**
 - Respecter la coupe PATHOS en fonction du pourcentage de SMTI.
- **en termes de lits/places :** passer de 150 lits à vocation gériatrique à
 - 30 lits d'USLD maintenus
 - 50 lits d'EHPAD ex-USLD, suite à coupe PATHOS
- + transformation en 70 lits d'EHPAD ex-maison de retraite.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- Première restructuration : trop faible activité du bloc opératoire
- 2008 : partition issue de la coupe PATHOS.

Calendrier de l'opération :

- **1994 :** on impose la fermeture de l'obstétrique
- **2003 :** 32 lits médecine, 20 lits chirurgie, 7 moyen séjour, 80 de long séjour, 70 de maison de retraite, un service d'urgences, 2 HAD et une unité de soins périnataux. Activités de chirurgie, médecine, gériatrie sur l'établissement, mais difficultés à faire fonctionner le bloc et la chirurgie faute de personnel qualifié, donc on a commencé une fermeture progressive de ces activités.
- **Juin 2003 :** fin de l'activité du bloc faute de personnel médical. Locaux inadaptés, la stérilisation n'est plus aux normes. Le CH regroupe ses équipes de médecine et de chirurgie dans un même secteur pour passer l'été. Maintien de cinq lits dits « chirurgie ».
- **Janvier 2004 :** le conseil d'administration vote à l'unanimité moins une voix la fermeture du bloc et l'arrêt de la chirurgie. Projet d'ouvrir des SSR (7 puis 18 et 20, en 2007, après la récupération des lits d'un hôpital local), d'augmenter les vacations de spécialités.
- **2008 :** partition issue de la coupe PATHOS. La direction a demandé le maintien de 30 lits et la conversion de 50 lits en EHPAD. L'arrêté « tarification » a modifié les dotations, mais il n'y a eu aucun avenant à la convention tripartite concernant les USLD et en conséquence les effectifs restent identiques.

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines :**
 - 2004 : reclassement du personnel concerné par l'arrêt des activités d'obstétrique et de chirurgie.
 - Pour la partition de l'USLD, aucun plan de formation spécifique n'a encore été mis en place (pas de partition physique)
 - 2008 : le personnel n'a pas été impacté directement par la partition des USLD et ne s'est donc pas opposé à la partition.
- **financiers :**
 - Après 2009, l'ARH a notifié 880 863€ pour les 30 lits restant dans le champ sanitaire et 834 182 € pour les 50 lits convertis en lits d'EHPAD.
- **Autres :**
 - 2004 : mise en place d'un service de transport d'urgence hélicoptéré avec le CHU de Grenoble, financé par la reconversion de 2004. Le projet général avait l'approbation du président du C.A.

Freins

- **financiers :**
 - La dotation soins a été revalorisée pour les SLD. Elle reste sous-évaluée pour les lits d'EHPAD.
 - La dotation des 30 lits d'USLD abonde les budgets des 50 lits d'EHPAD, qui sont pris en charge de manière non-transparente par les personnels de l'USLD. Le fonctionnement de l'hôpital est sous-optimal et connaît de grandes difficultés lors de la partition physique des lits.
- **Autres :**
 - Le découpage architectural demandé n'a pas été accordé au moment de la partition. Le bâtiment n'est plus aux normes des groupes les plus dépendants.

BILAN DE L'OPERATION

Par rapport aux objectifs fixés

- La partition a été bien réalisée, mais **n'a eu sur les lits d'USLD restant aucune conséquence pratique**. Les lits sont attribués sur listes, avec priorité pour les lits anciennement « maison de retraite » et le SSR (parfois la médecine). Peu d'entrées directe depuis le domicile, car il y a un besoin d'aval pour le moyen séjour interne.
- Les 80 lits nouvellement EHPAD : GMP de 912/916 (sanitaire), 535 pour les lits « maisons de retraite ». PMP de 500 en USLD, PMP de 192 pour lits EHPA. Le taux d'occupation des lits est relativement faible pour les 70 lits EHPA : 86% d'occupation.
- Pour l'avenir la séparation physique induira des problèmes de tableaux d'emplois et révélera un sous-encadrement des lits d'EHPAD, à EPRD constante, les lits d'USLD étant isolés.
- Sur le principe, la direction estime que son rapport au résident n'a pas changé après application de la partition et donc que la réforme est avant tout administrative. En revanche, elle reconnaît que le médico-social, parallèlement, fait son entrée à l'hôpital avec des commissions, des formations sur la bien-traitance etc. Les effectifs actuels sont satisfaisants, mais il sera très difficile de supprimer plus d'ETP après la partition effective (i.e. physique) des lits. Aujourd'hui, le personnel de l'hôpital pallie les besoins non couverts par l'EHPAD ; il ne pourra plus le faire une fois les bâtiments séparés.

Bilan économique

masses budgétaires (avant et après reconversion)

(opération en cours)

- L'opération dégagerait selon l'équipe de direction une économie nette de 727 000 € au terme d'une opération ayant duré cinq ans et dont le bilan financier s'avère impossible à détailler.
- Le conseil général continue à approuver un seul et même budget.

comparaison du tableau des effectifs¹⁵⁹

(opération en cours)

Non communiqué

Conversion de lits de psychiatrie générale du centre hospitalier Le Valmont en places de MAS à Montéleger (Drôme)

RA4

Identité de l'établissement : Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie.

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif :**
 - Meilleure prise en charge pour réduire les inadéquations d'hospitalisation en psychiatrie générale, dégagement de moyens.
- **en termes de lits/places :**
 - Demande de transformation d'une unité de 30 lits de psychiatrie générale pour adultes accueillant des patients polyhandicapés en 30 lits de maison d'accueil spécialisé (MAS). S'inscrit dans le cadre d'une rénovation complète du CH, inscrite dans un projet de territoire.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- CPOM constatant 30% d'inadéquations (2004)
- Changement d'équipe de direction
- Enquête ARH de 2008 sur les inadéquations.
- Besoin d'adapter le bâti existant.

Calendrier de l'opération :

- 2004-2007 : premier projet d'établissement inabouti (transformation de l'unité Van Gogh en FAM).
- Prise en compte de la lourdeur de la prise en charge : réorientation du projet vers la MAS.
- 9 avril 2010 : avis favorable du CROSM
- Le dossier transmis à l'ARS est au niveau ministère pour la fongibilité des enveloppes. Attente de la décision du ministre et l'arrêté du DGARS pour acter la transformation.¹⁶¹
- Ouverture prévue au 1^{er} janvier 2011. Au niveau sanitaire, notification au 15 décembre et notification définitive au 15 février (en théorie), notification réelle en avril ou mai. Néanmoins la notification CNSA arrive au 15 février, ce qui permet potentiellement de déclencher le financement.
- Au 12 janvier, le projet de construction sera arrêté.
- L'équipe de direction prévoit une ouverture effective plus tardive (arrivée de la première circulaire budgétaire).

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines :**
 - Comparaison (visites sur places) d'établissements similaires, et implication du personnel dans ces visites pour faciliter le changement d'activité, le travail en petites unités et construire un projet de tableau d'effectif.
 - Participation active de la présidence de la CME et du directeur des soins. Le directeur actuel est originaire du secteur médico-social.
 - Recrutement d'un cadre socio-éducatif pour faire évoluer les métiers et les cultures.
 - Programme de formation pour les personnels infirmiers souhaitant rester pour adapter les postes, les pratiques au secteur médico-social.
 - Appui du FMESPP pour proposer des indemnités de départ volontaire à certains professionnels de santé.
- **financiers :**
 - Transfert de crédits du sanitaire vers le médicosocial. Création d'un budget annexe à hauteur de 2,4 M€ (forfaits journaliers et forfaits subsidiaires) après notification de l'enveloppe budgétaire médico-sociale par la CNSA.
 - Construction d'une structure : 5 M€ compris dans le transfert budgétaire qui impute la dotation d'un montant supplémentaire.

Freins

- **en ressources humaines :**
 - Une fois l'investissement intégré au projet, le CH restera à un effectif inchangé (suppression de 3 à 4 ETP par rapport au projet présenté).
 - Résistance forte des personnels et partenaires sociaux au départ du projet.
- **financiers :**
 - Incertitude sur la date des transferts, et sur le taux d'écrêtement choisi par l'échelon central. La centralisation du calendrier au niveau du ministère et de la CNSA ralentit la procédure.¹⁶⁰
 - L'évaluation des emplois, de la taille et de la patientèle optimaux est sous-référencée, ce qui empêche une bonne évaluation des coûts.

BILAN DE L'OPERATION

BILAN DE L'OPERATION	
<u>Par rapport aux objectifs fixés</u>	<u>Bilan économique</u>
<p>(Opération en cours)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limites du projet : l'opération date d'avant l'ARS et n'a pas été située dans un cadre interdépartemental (Drôme-Ardèche) qui aurait pu prévoir une dispersion des investissements sur plusieurs établissements (notamment Roman). L'échelon régional ne s'est pas impliqué à l'époque. • Critères d'évaluation des sorties de patients hospitalisés en psychiatrie à fixer : taux de sorties de patients vers la MAS, le FAM, l'EHPAD. 	<p>masses budgétaires (avant et après reconversion)</p> <p>(Opération en cours)</p> <p>comparaison du tableau des effectifs¹⁶²</p> <p>(Opération en cours)</p> <p>L'effectif devrait se maintenir à 37,5 ETP, mais la structure du personnel sera modifiée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ratios d'encadrement des patients et résidents¹⁶³</i> <ul style="list-style-type: none"> - Avant conversion : 1,25 - Après conversion : 1,25

Projet de reconversion de l'activité de chirurgie en SSR du centre hospitalier de Tarare (Rhône)

Identité de l'établissement : Centre hospitalier.

Gestionnaire (si établissement privé) : /

Objectif recherché :

- **qualitatif** :
 - Repositionnement de l'hôpital au sein d'un territoire de santé et d'une communauté hospitalière de territoire (CHT).
 - Maintien d'un service public efficace et concurrentiel dans un bassin d'activité défavorisé et enclavé : 50 000 personnes, dont 55% vit sous le seuil de pauvreté avec une faible capacité de mobilité. Ce bassin ne justifiait pas le maintien d'un plateau technique complet.
- **en termes de lits/places** :
 - Disparition de l'activité d'hospitalisation chirurgicale (31 lits), création d'une activité de SSR potentiellement rentable (30 lits) et bénéfique sur l'aval de la filière d'hospitalisation gériatrique.

Facteurs déclenchant la prise de décision :

- Président de CME, chirurgie généraliste. Deux chirurgiens formés ainsi, qui ne seront pas remplacés car la formation a changé, l'un partant en retraite dans 7 ans.
- Le directeur par intérim est le directeur du CH de Villefranche-sur-Saône.
- L'hôpital n'assurant plus sa mission correctement, dans des locaux inadaptés, et bien que les comptes soient équilibrés, l'équipe de direction a préféré devancer les évolutions de son établissement dans le cadre HPST.

Calendrier de l'opération :

- En octobre 2010, le CH a déposé auprès de l'ARS (qui a transmis pour approbation à la DGOS) une demande de fongibilité entre deux enveloppes sanitaires (ODMCO vers la DAF-SSR) conformément à la circulaire du 14 décembre 2009.
- Décembre 2010 : création d'une CHT avec un projet médical commun à Villefranche-sur-Saône et Tarare.
- D'ici à la fin 2011, la chirurgie sera transférée sur Villefranche avec un période tampon dite de « chirurgie de semaine » (consultations sur place, opérations à Villefranche-sur-Saône).

Déroulement de l'opération

Moyens d'accompagnement

- **en ressources humaines** :
 - Effort de communication interne pour rassurer les personnels, après beaucoup de fermetures (urgence, obstétrique), dans un bassin démographique vieillissant et en crise. Le personnel est très attaché à l'hôpital, qui en a formé une grande proportion.
 - Reclassements à organiser pour les personnels désirant rester à Tarare : cela devrait néanmoins être possible au prix de changements de métiers.
 - Obligation de présence (un jour par semaine, avec probablement une incitation financière) pour les médecins de Villefranche-sur-Saône, dans le cadre de la CHT. Cela fonctionne déjà pour la pédiatrie (6 médecins), la gynécologie (4 médecins) et la cardiologie (2 médecins).
 - Dépôt d'un dossier d'accompagnement social au FMESPP : reclassement, formation et maintien de la rémunération antérieure.
- **financiers** :
 - Le conseil d'administration est favorable à l'opération.
 - Les élus (notamment le maire, président du C.A.) ont compris les enjeux et ont soutenu le projet, tout comme les tutelles.
 - L'ARS veut consolider l'activité médecine, et il faut la viabiliser en lui donnant un aval : le code de la Santé permet de déroger au plafond des OQOS en cas de reconversion d'activité validée par le DGARS.¹⁶⁴
- **autres** :
 - Réseau gériatrique associatif très actif, dans lequel l'hôpital est très présent mais sans le présider, afin de laisser aux petites structures la capacité de s'exprimer et d'animer le réseau. EHPAD de 200 lits faisant partie de l'hôpital.
 - Travail avec les élus pour améliorer la desserte Tarare - Villefranche-sur-Saône.

Freins

- **En ressources humaines** :
 - Assurer une transition fluide entre la fermeture de la chirurgie et l'ouverture des SSR.
 - Comité de soutien de l'hôpital qui s'est opposé publiquement à la fermeture.

BILAN DE L'OPERATION

Bilan économique		
<u>Par rapport aux objectifs fixés</u> - Le CH de Tarare pratiquera toujours des consultations avancées, et servira de plate-forme pour l'organisation de la collaboration avec la médecine de ville (radiologues libéraux, dentistes, imagerie, laboratoire d'analyse). - Le parcours de soins a été considérablement amélioré entre Tarare et Villefranche-sur-Saône (ex. l'admission automatique des patients de Tarare à Villefranche, si le premier ne peut le prendre en charge).	masses budgétaires (avant et après reconversion) (opération en cours)	comparaison du tableau des effectifs¹⁶⁵ (opération en cours)
	<ul style="list-style-type: none">• Objectif d'amélioration du résultat du CH de Tarare suite à la reconversion : 930 000 € annuels, reconductibles qui permettront d'investir dans la construction de nouveaux locaux pour le SSR, à l'horizon 2012.	Non communiqué

