

PERSPECTIVES

SANTÉ | ACTION | SOCIALE

CGT



Le financement des établissements de santé

PENDANT QUE SARAH, INFIRMIÈRE, VEILLE SUR NOTRE SANTÉ, NOUS VEILLONS SUR SON AVENIR.

PROTECTION REVENU
**MAINTIEN DE VOTRE
NIVEAU DE VIE**
EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

OFFRE RÉSERVÉE AUX
MÉTIER S DE LA SANTÉ :

-10% SUR LES CONTRATS
D'ASSURANCE AUTO*

**GMF 1^{ER} ASSUREUR
DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**

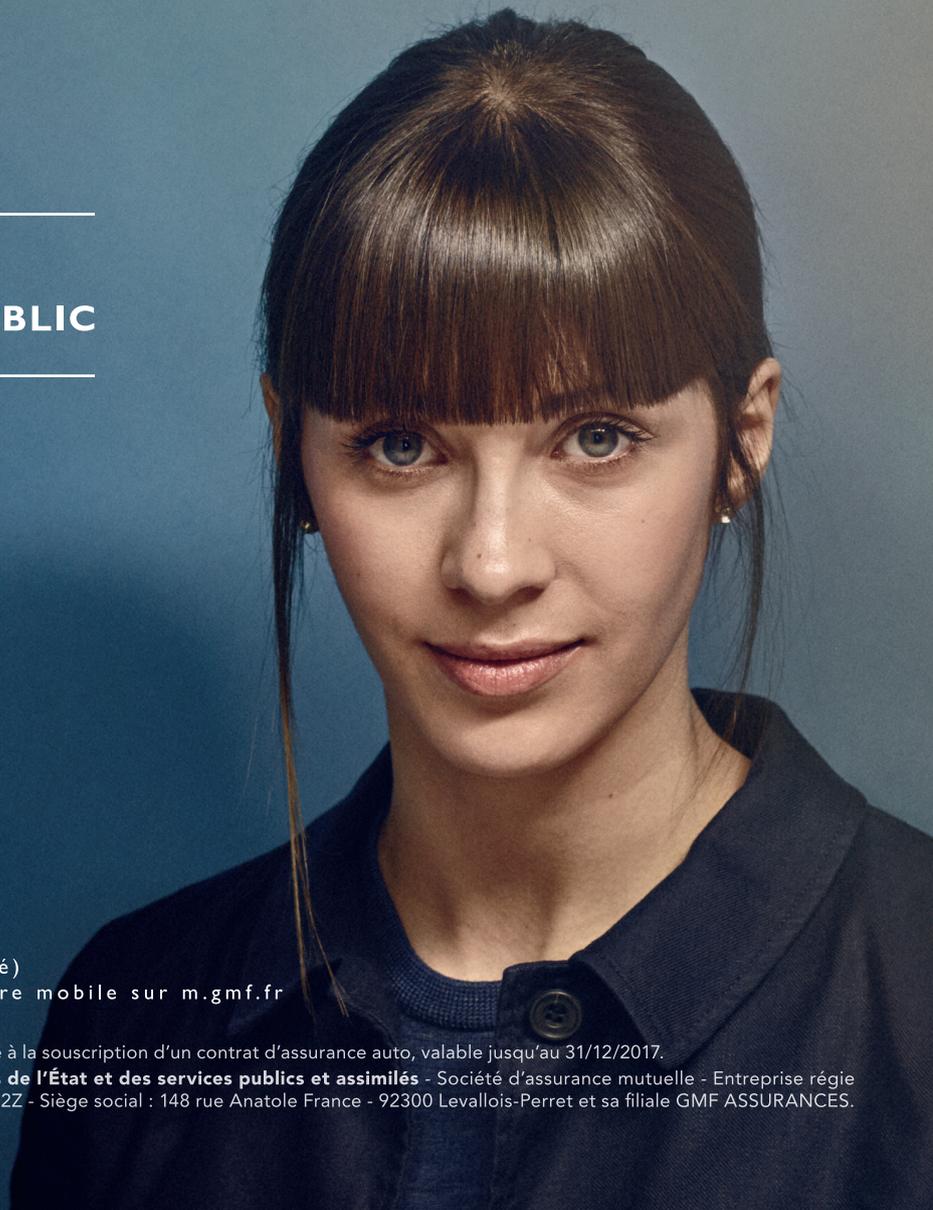


ASSURÉMENT HUMAIN

Appelez le 0 970 809 809 (numéro non surtaxé)
Connectez-vous sur www.gmf.fr ou depuis votre mobile sur m.gmf.fr

*Offre réservée aux personnels de la santé et du social, la 1^{ère} année à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2017.

LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret et sa filiale GMF ASSURANCES. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.



ÉDITO

4-6 | *Union
Fédérale des
Retraité-e-s*

7-9 | *Le financement
des établissements
de santé*

11-14 | *Le secteur
privé*

15-19 | *Le secteur médico
social public/privé*

20-23 | *Le secteur social*



Mireille STIVALA
Secrétaire Générale

Dans le contexte d'évolution de la réglementation sur les financements des secteurs du médico-social, du social, de la santé privée et de la psychiatrie, ce numéro de "Perspectives Santé" propose une analyse à mi-terme de la Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2017 et des éléments de compréhension du cadre réglementaire.

La Santé et l'Action Sociale se voient impactées directement par les politiques d'austérité dont les déclinaisons des cadres budgétaires sont balisées par la Loi de Finances de la Sécurité Sociale et son fameux ONDAM (Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie). Son augmentation limitée impacte les activités des secteurs publics, mais aussi privés (lucratifs ou pas) et libéraux. La Loi de Finance (LF) agit quant à elle sur les dépenses des collectivités territoriales (communes, départements, régions...) qui sont aussi des financeurs considérables des secteurs sociaux et médico-sociaux.

Les conséquences sont évidentes et seront renforcées par les futurs Projets de Loi de Finances de la Sécurité Sociale et Projet de Loi de Finances (PLFSS 2018 et PLF 2018) qui vont amplifier les restrictions budgétaires des toutes les activités de notre champ professionnel.

Ce numéro souhaite apporter un éclairage sur les enjeux financiers et législatifs afin d'aider nos organisations à appréhender le contexte économique qui nous est imposé et qui a pour conséquences immédiates la dégradation des conditions de travail des agent-e-s et salarié-e-s, mais aussi de la qualité de la prise en charge des patient-e-s, des résident-e-s et des usagers.

Publication de la Fédération
de la santé et de l'action sociale
Commission paritaire n° 1017 S 06676
ISSN : 0299-0369
Tirage : 70 000 exemplaires
Directrice de la publication :
Mireille STIVALA
Rédactrice en chef :
Amélie VASSIVIERE
263, rue de Paris - case 538
93515 Montreuil CEDEX
Tél. 01 55 82 87 47 / 87 70

Impression :
RIVET PRESSE ÉDITION
Tél. 05 55 04 49 50

Selon le gouvernement, cette mesure apporterait 7 milliards d'euros de pouvoir d'achat aux salarié.e.s du privé avec un gain de pouvoir d'achat de l'ordre de 22 euros par mois pour un SMIC, le gain augmentant avec le salaire (45 euros pour 3 000 euros mensuels, et 74 euros pour 5 000 euros). Cette baisse vise surtout à respecter l'engagement du gouvernement de ramener le déficit budgétaire à moins de 2,7 % du PIB (Produit Intérieur Brut) : il s'agit donc d'une opération comptable qui vise à montrer que les engagements européens pour la "grande finance" sont considérés comme prioritaires par le gouvernement, bien loin d'une politique de relance de l'emploi. Et cela permet bien sûr une augmentation des salaires, sans que le patronat débourse un centime ! Les employeurs auront un prétexte pour s'opposer aux revendications d'augmentations salariales. Cette mesure profiterait surtout aux grandes entreprises, car les salaires y sont généralement plus élevés.

Pour éviter que fonctionnaires et indépendants (agriculteurs, artisans, commerçants...) qui ne sont pas soumis à ces cotisations salariales subissent une diminution de leurs revenus avec l'augmentation de la CSG, le président Macron n'a promis que des mesures compensatoires très confuses...

Pour les retraité.e.s, c'est une perte sèche de leurs revenus qui se prépare.

La baisse des cotisations en échange de la hausse de la CSG va dans le sens d'un changement profond de notre modèle social fondé sur le travail. Les conséquences en seront un affaiblissement de la Sécurité Sociale, avec un risque de dégradation de la qualité des services et une élévation de leurs coûts.

Refusons la manipulation qui oppose les générations entre elles

Les 60 % de retraité.e.s qui paient une CSG à 6,6 % devraient être impacté.e.s : ce sont 8 millions d'entre elles et eux qui vont subir cette baisse, les soi-disant « 60 % des plus riches » qui touchent une retraite de plus de 1 200 euros, présentés comme des nantis par le gouvernement !... Quand aux 40 % les plus pauvres, aucune mesure d'augmentation de leurs pensions misérables n'est prévue.



Le président Macron prévoit une diminution de l'impôt sur la fortune (ISF) pour les plus riches, un Code du travail laminé pour réduire la protection des salarié.e.s et augmenter les intérêts du patronat. Et pour accorder un peu de pouvoir d'achat aux salarié.e.s du privé, il pense le retirer aux retraité.e.s !

LA CGT RÉCUSE CES MESURES QUI, AU NOM DU POUVOIR D'ACHAT, REMETTENT EN CAUSE NOTRE MODÈLE SOCIAL ET METTENT EN OPPOSITION ACTIFS/ACTIVES ET RETRAITÉ.E.S AFIN DE FAIRE FRUCTIFIER LES DIVIDENDES DES ACTIONNAIRES.

M. Macron tente de neutraliser la protestation des retraité.e.s en les culpabilisant, en les accusant de ne pas être solidaires de celles et ceux qui travaillent. Comme si les retraité.e.s n'aidaient déjà pas leurs enfants et petits enfants !

Nous ne pouvons pas accepter cette remise en cause du principe de solidarité intergénérationnelle de notre système de Sécurité sociale.

Le seul moyen d'augmenter le pouvoir d'achat : augmenter les salaires et partager les richesses !

L'augmentation des salaires et des pensions est possible, comme le montrent les richesses des grandes entreprises créées par les salarié.e.s. La France est championne d'Europe des dividendes versés aux actionnaires en 2016 (ils ont augmenté de 10% entre 2015 et 2016). Selon l'étude d'un gestionnaire de fonds anglais, en 2016, les entreprises françaises ont versé 54 milliards de dollars de dividendes, contre 36 milliards pour l'Allemagne.

Nous devons barrer la route à ce gouvernement qui tente d'affaiblir notre modèle social basé sur la solidarité, pour les intérêts seuls du grand patronat qui continue l'exploitation du salariat et des retraité.e.s.



La mobilisation des retraité.e.s doit s'amplifier !

Les retraité.e.s ont toutes les raisons d'exiger le rattrapage de leur pouvoir d'achat et de refuser l'augmentation de la CSG qui diminue leurs revenus.

Ce n'est que justice sociale : elles et ils doivent pouvoir vivre une bonne retraite après une vie active à produire de nombreuses richesses accaparées par une minorité. Et ce n'est que justice sociale et efficacité économique de redistribuer les revenus du travail.

Le gouvernement envisage de faire voter la hausse de la CSG avant la fin de l'année pour une application au 1er janvier.

Nous devons rapidement préparer une grande mobilisation de refus de cette politique cynique et méprisante pour les salarié.e.s et retraité.e.s !



Les journées de mobilisation et d'action interprofessionnelle contre la destruction des droits du travail, de nos retraites, des Services Publics doivent être l'occasion de montrer notre solidarité intergénérationnelle pour :

- ▶ dénoncer ces choix qui ne profitent qu'à une toute petite minorité
- ▶ améliorer le pouvoir d'achat des salarié.e.s et des retraité.e.s.
- ▶ permettre à tous les jeunes de suivre un cursus de formation et l'accèsion à l'emploi
- ▶ l'égalité des salaires et des pensions entre les femmes et les hommes
- ▶ l'amélioration des conditions de travail par la réduction du temps de travail pour développer l'emploi et vivre en bonne santé le plus longtemps possible
- ▶ l'accèsion au logement, à la santé, à une vie familiale et citoyenne de qualité



Les conséquences de la campagne budgétaire imposée aux établissements

Nous sommes désormais à mi-chemin pour la réalisation de la campagne budgétaire 2017 des établissements de santé et d'action sociale. Nous avons aujourd'hui une vision claire des conséquences lourdes sur les moyens ainsi alloués à nos établissements, donc sur leur fonctionnement, l'organisation du travail, les effectifs...

LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE que la CGT avait dénoncée confirme un plan d'économie sans précédent qui, dans sa réalisation, est allé encore plus loin dans ses conséquences, par un taux historiquement bas de progression des dépenses pour l'ensemble des quatre branches de notre régime de Sécurité Sociale.

L'adaptation des dépenses aux recettes, dans une recherche constante de gain de productivité inscrite dans les contrats pluriannuels, constitue de fait les cadeaux faits au MEDEF (la branche Famille en est un bon exemple). Il est aussi évident que le chômage de masse fragilise le système par l'absence de cotisations sociales et patronales. Le maintien des bas salaires, la précarité, les inégalités professionnelles entre les femmes et les hommes ont eux aussi leur part de responsabilité dans la situation de la protection sociale.

**MALGRÉ LES « ÉCONOMIES »
DE DÉPENSES, LE DÉFICIT PERDURE :
LA PRESSION SUR LES DÉPENSES
NE COMPENSE PAS LES PERTES
DE RECETTES.**

Les soins de ville sont impactés de plein fouet par ces politiques, avec la mise en place systématique de la chasse répressive aux arrêts de travail, du contrôle des prescriptions, des examens dans un cadre de culpabilisation des patients, des déremboursements (donc transfert des coûts vers les familles) des primes d'intéressement aux économies allouées aux médecins traitants référents en fonction des actes et prescriptions...

Le secteur Médico-social (partie soins) connaît, quant à lui, un taux de progression très

bas de la dépense autorisée (de moitié inférieur à 2016 : + 2 % contre 4 % l'an dernier). Ce taux progresse de 0,86 % pour le handicap et de 1,06 % pour les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Rappelons que la FHF (Fédération Hospitalière de France) évalue (en moyenne) de 1,40 % à 1,60 % le taux d'évolution indispensable pour maintenir les effectifs **en l'état**.

Les missions ont évolué, car on voit s'opérer des transferts du sanitaire vers le social, la misère et l'exclusion pour le secteur social ne sont plus prises en compte dans une politique globale de solidarité, les sorties du secteur hospitalier sont trop rapides. La nouvelle règle de tarification intègre la notion occupationnelle avec abattement éventuel en fonction du taux d'activité donc de productivité.

Les établissements de santé se voient imposer un taux d'évolution de l'ONDAM (2 %) inférieur aux soins de ville (2,1 %) également très bas. Cela frappe de plein fouet le secteur public, eu égard à ses obligations légitimes de permanence des soins et d'accueil, le caractère et le niveau de ses champs interventions.

→ **Les centres hospitaliers publics MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique)** sont touchés de plein fouet, avec des cadres budgétaires totalement déconnectés des coûts. Les évolutions de prise en charge, les obligations (PDS, service public, réanimations...) et le taux d'inflation ne sont absolument plus intégrés, confirmant la perversité de la T2A. Les conséquences du bornage obligatoire sur les durées d'hospitalisation génèrent également des abattements tarifaires en obligeant les sorties rapides. La remise en cause de l'Hospitalisation Complète par l'ambulatoire à des fins comptables

accroît également les difficultés financières au-delà des atteintes portant sur la qualité de prise en charge médicale. Par conséquent, les tarifs octroyés aux hôpitaux baissent en moyenne de 1 % par an.

→ **Les Urgences** : avec leur forfait annuel basé sur un système de tranches, les SAMU/SMUR financés par la MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) - enveloppe annuelle du FIR (Fonds d'Intervention Régional) auxquels s'ajoutent le poids des médicaments et dispositifs médicaux coûteux remboursés souvent partiellement touchent très fortement les CHU et les CHG. La recherche publique et l'innovation insuffisamment financées voient l'arrivée de fonds du privé, notamment pour certains protocoles de recherche. Le poids de l'emprunt demeure lourd, et notamment des intérêts d'emprunt qui constituent souvent le premier poste de dépenses des établissements **en termes de progression**.



Tous ces éléments, accroissent les difficultés, alors que certaines activités montent en puissance : Urgences, SAMU, centres antipoison, spécialités... Là aussi, avec 1,40 % d'évolution, la masse salariale est sous-évaluée. Le danger est majeur pour les effectifs, quantitativement et qualitativement.

Pour les CHU, la FHF évalue l'évolution budgétaire nécessaire pour maintenir l'effectif constant (médical et non-médical) à 3 % (dont 2,12 % pour les mesures obligatoires sur les salaires).

Que penser par conséquent des déclarations de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)?

La limitation du pouvoir d'emprunt, nouveau pour les établissements, s'est réalisée souvent de

manière autoritaire, étant soumise à approbation des ARS (Agence Régionale de Santé). À cela s'ajoute fréquemment l'exigence de plans d'économies intitulés PRE (Plan de Retour à l'Équilibre) qui sont souvent des facteurs dévastateurs qui pèsent sur l'activité et les moyens. On a sacrifié les capacités de fonctionnement, (fonds de roulement, séparation et vente de biens immobiliers, déstockages notamment pharmaceutiques, report et priorisation de travaux) au profit de nouvelles recettes : parkings payants, locations de salles...

Cette année encore, s'appuyant le SMR (service médical rendu) avec la Haute autorité de Santé et l'Agence du médicament, de nombreuses molécules ont vu leur niveau de remboursement remis en cause, le tout dans un contexte de développement du générique désormais obligatoire.

De plus, le transfert toujours plus important des financements vers les familles et les complémentaires a pour effet d'ouvrir de vastes marchés aux banques et assurances et surtout d'accroître les inégalités d'accès aux soins.

TOUS CES MÉCANISMES PUREMENT ÉCONOMIQUES ONT POUR CONSÉQUENCE DE MASQUER LES PROFITS SCANDALEUX DES LABORATOIRES QUI MÈNENT EN TOUTE LIBERTÉ LEURS STRATÉGIES. CE QUI NOUS CONFORTE SUR L'EXIGENCE D'UNE ORGANISATION DU MÉDICAMENT PUBLIQUE ET INDÉPENDANTE, NATIONALE ET EUROPÉENNE.

La loi Santé et les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire)

Un certain nombre d'éléments ont été mis en place et intégrés, notamment l'obligation de faire transiter les EPRD (État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) par les établissements



supports, par la mise en commun des budgets et surtout par l'autorégulation. Les déficits et excédents éventuels sont mis « **en commun** ». Rappelons également la politique de « marché » : 50 % des gains réalisés par des regroupements d'hôpitaux ou de services doivent d'être reversés à l'assurance maladie.

LE PROGRAMME DE FINANCEMENT 2018 DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Reprenant les politiques antérieures mises en place, notamment la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (dite « Bachelot ») et la Loi de modernisation de notre système de santé (dite « Touraine »), le programme de financement 2018 entend encore renforcer les attaques contre notre système solidaire de la Sécurité Sociale.

Citons quelques points :

- ➔ *Un nouveau coup de rabot des dépenses de 15 millions d'€*
- ➔ *Les GHT ouverts au privé (avec gestion par des établissements privés)*
- ➔ *Les taux d'évolutions budgétaires seraient comme actuellement bloqués à 2,4 % annuels*
- ➔ *La suppression de la CNRACL (Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales : caisse de retraite des agents hospitaliers)*
- ➔ *Les modifications d'avancements, de références indiciaires pour les agent.e.s (en plus des effets néfastes de PPCR).*
- ➔ *La fiscalisation de la Sécurité Sociale qui amènera définitivement les employeurs de tout financement et mettra un terme à un financement assis sur les cotisations sociales issues du travail. Ainsi, la suppression des cotisations sociales sur le salaire sera compensée par l'impôt.*
- ➔ *La notion de « généralisable » : fin de l'automatisme des 100 % pour les ALD (Affections de Longue Durée).*

LES FINANCEMENTS TERRITORIAUX

Les collectivités locales, dans une moindre mesure les régions, mais surtout les départements, interviennent pour ce qui les concerne dans les financements de la protection sociale.

La situation des départements grevés par les transferts de charges et autres suppressions de dotations d'État est inégale : dans certains départements, c'est 20 % des RSA (Revenu de Solidarité Active) qui sont remis en cause, dans d'autres le Handicap, d'autres l'Aide Sociale à l'Enfance, ou encore des pressions sur l'APA (allocation personnalisée d'autonomie)... Ainsi, le niveau de certaines dotations a souvent été diminué et l'activité poussée.

LA POURSUITE DE CES POLITIQUES EST LOURDE DE CONSÉQUENCES POUR LES PROFESSIONNEL.L.E.S ET LES USAGERS QUI SE TROUVENT PLACÉ.E.S DANS UN CADRE D'INÉGALITÉS SOCIALES, ÉCONOMIQUES, TERRITORIALES, MAIS AUSSI INSTITUTIONNELLES.



SECAFI
Groupe ALPHA

ÉLUS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE, VOS ENJEUX SONT NOS PRIORITÉS

EXPERTISE

Pour construire ensemble des alternatives viables :

- Analyses stratégiques, économiques et sociales
- Conseil et expertise lors de réorganisations
- Appui à la négociation d'accords

Un accompagnement sur mesure :

- Emplois et enjeux sociaux
- Conditions de travail et de rémunération
- Droits des salariés et des élus

Des spécialistes
du secteur à votre écoute.
Une implantation nationale et
un accompagnement de
proximité, gages de réactivité.

FORMATION



CONSEIL



www.secafi.com



contact@secafi.com • www.secafi.com • Tél. : 01 53 62 24 40

Le financement du secteur Privé : l'hospitalisation à but « commercial »

Les établissements à but lucratif (les cliniques) sont au nombre de 1 050 et comptent 98 522 lits (Source : Drees). Ils sont le plus souvent constitués sous forme de sociétés de personnes ou de capitaux, au sein desquelles s'exerce l'activité libérale des praticiens. Sur le plan financier, l'établissement passe en effet contrat avec des médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. L'évolution récente fait apparaître un rôle croissant des investisseurs extérieurs dans l'hospitalisation privée, notamment sous la forme de chaînes de cliniques qui rachètent des établissements existants et permettent l'apport de capitaux plus importants.

Avec 34 % de l'activité hospitalière en 2012, ces établissements occupent une place très importante dans l'offre de soins, notamment dans les activités de chirurgie (54 % des entrées en établissement de santé en 2012), de chimiothérapie (31 %) ou d'obstétrique (24 %). Cependant, leurs parts de marché reculent depuis quelques années, tout particulièrement en obstétrique et en hospitalisation complète de chirurgie, sous l'effet d'une diminution d'activité de ces établissements, mais également d'une progression moins vive que celle du secteur hospitalier public.

Cependant, ce qui caractérise les établissements de santé privée du point de vue financier, c'est leur grande hétérogénéité selon leurs spécialités, leur taille et leur implantation géographique. Ainsi, avec un chiffre d'affaires global de 13,1 milliards d'euros en 2012 pour environ 1 050 cliniques ou hôpitaux, un établissement sur deux était en difficulté financière sur les trois dernières années. Face à cette situation financière contrastée, à l'environnement concurrentiel dans lequel il intervient (concurrence du secteur public, du privé non-lucratif et lucratif), le secteur connaît depuis plusieurs années des restructurations importantes avec la constitution notamment de groupes de cliniques. Ainsi, en 2012, une quarantaine de groupes rassemblait plus de 600 cliniques, soit 58 % des entités juridiques et 68 % des capacités du secteur.

Une autre des caractéristiques des cliniques privées à but lucratif est un exercice médical majoritairement libéral. Ainsi, en 2013, environ 42 000 médecins exercent totalement ou partiellement en établissement à but lucratif.

Parmi eux, 37 000 exercent à titre libéral et moins de 5 000 sont salariés. Les médecins salariés sont concentrés avant tout en psychiatrie et dans les structures de soins de suite et de réadaptation.

LE POIDS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE DANS L'OFFRE DE SOINS

En France, l'hospitalisation privée à but commercial, c'est 1 100 établissements :

- ⇒ 67 % de la chirurgie ambulatoire,
- ⇒ 55 % des interventions chirurgicales,
- ⇒ La moitié des traitements anticancéreux,
- ⇒ 30 % des accouchements,
- ⇒ 2 millions de passages dans les services d'urgences.

Si le coût d'une hospitalisation dans le secteur privé lucratif est inférieur à celui de l'hôpital public, il ne faut pas oublier que les cliniques :

- ▶ Ne participent pas à la formation des médecins (pas d'interne dans les cliniques),
- ▶ N'assurent que très rarement l'accueil des patients polytraumatisés aux urgences,
- ▶ Ne prennent pas en charge, ou très peu, certaines spécialités moins rémunératrices.

Toutes les cliniques sont conventionnées, c'est-à-dire que la Sécurité Sociale les reconnaît comme des « partenaires » et paie directement les factures d'hospitalisation. La tarification à l'activité s'applique dans le secteur privé autant que dans le secteur public.

Si le coût de l'hospitalisation pour la Sécurité Sociale est inférieur à celui du public, il n'en va pas de même pour le reste à charge facturé au patient ! En effet, la quasi-totalité des praticiens exerçant dans les cliniques, sont en « secteur 2 » ; ils sont donc autorisés à percevoir des dépassements d'honoraires qui, bien souvent, sont à la charge financière du patient, au mieux, ou des mutuelles et complémentaires santé contractées par les usagers.

Sur le plan hôtelier aussi, le reste à charge est plus élevé ! Certaines cliniques facturent et encaissent des forfaits hôteliers, elles font régler également le repas du jour de la sortie ! La liste n'est pas exhaustive, l'imagination des directeurs d'établissement étant sans limite quand il s'agit d'augmenter la rentabilité.

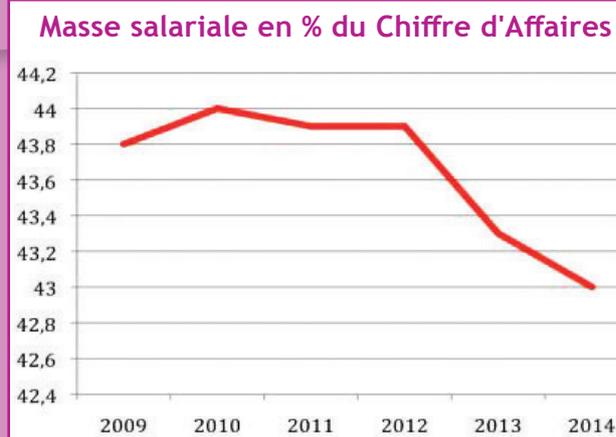
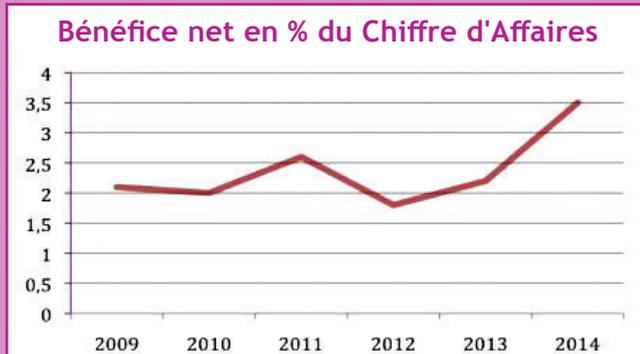
En 2014, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées a atteint 14 milliards

d'euros ! La rentabilité nette s'accroît pour atteindre 3,5 % du chiffre d'affaires en 2014.

L'endettement des cliniques diminue parallèlement à une baisse de l'effort d'investissement. En 2007, celui-ci représentait 10,3 % du chiffre d'affaires, ce pourcentage passe à 4,1 % en 2014.

Si les investissements sont en baisse, il n'en va pas de même de la rentabilité des établissements. La mise en place du CICE (Crédit d'Impôt pour la Compétitivité et l'Emploi) n'est pas pour rien dans l'augmentation de la rentabilité.

L'accroissement du chiffre d'affaires (et donc de la rentabilité du secteur) se fait au détriment des conditions de travail des salarié-e-s. En effet, à l'opposé de ces courbes croissantes, celle de la masse salariale est clairement orientée à la baisse.



Les fonds d'investissement sont des acteurs financiers, ils deviennent actionnaires des groupes et mettent des capitaux à leur disposition. Les établissements qu'ils rachètent ont vocation, en général, à être revendus après 6 à 7 ans, dans le but de réaliser une plus-value importante. L'apport en capital permet aux grands groupes financiers de racheter des établissements sans pour autant s'endetter.

Définition du fond de pension :
Fond d'investissement spécifique à la retraite par capitalisation. C'est l'outil de l'épargne-retraite. C'est un organisme de Placement Collectif gérant collectivement en capitalisation les retraites et l'épargne salariale. Les fonds de pension sont alimentés par l'épargne des salariés. C'est l'opposé de notre régime de retraite par répartition.

Quelques exemples :

- Blackstone a permis au groupe Vitalia d'acquérir 44 établissements en 18 mois.
- Vecidi a eu plusieurs fonds successifs qui lui ont permis d'acquérir plusieurs établissements pour le groupe Vitalia, afin de devenir aujourd'hui le groupe ELSAN.
- Bridgepoint a permis au groupe Médipôle Sud Santé de racheter plusieurs établissements du sud de la France et de mettre ainsi la main sur le groupe Médipartenaire pour devenir Médipôle Partenaire (52 établissements MCO, SSR et centre de Dialyse).

Quels sont les modes de financement utilisés par les groupes pour assouvir leur croissance externe ?

⇒ La cession des murs :

Elle permet au groupe d'encaisser le « cash » lié à la vente. En général, les loyers exigés par les sociétés foncières des groupes de santé (Icade, Gecina-Primonial Reim) deviennent nettement plus élevés que

ceux que les cliniques versaient précédemment à une SCI (Société Civile Immobilière) du Groupe. Au final, ce sont les salarié.e.s qui sont impacté.e.s puisque c'est essentiellement en jouant sur la masse salariale que les établissements pallient aux pertes générées par ces loyers trop élevés.

⇒ La bourse :

Le Groupe Ramsay Générale de Santé est aujourd'hui le seul à être coté en bourse (pour seulement 1 % du capital). Avant que ne s'engagent les pourparlers de rachat entre ELSAN et Médipôle Partenaire, ce dernier envisageait une introduction en bourse. L'introduction en bourse permet de lever des fonds, les porteurs d'actions attendent des dividendes en contrepartie de l'argent qu'ils ont investi dans le groupe.

La construction du résultat

► 90 % des ressources proviennent de l'assurance maladie.

C'est un élément qui retient l'attention des investisseurs étrangers

Les fonds d'investissement sont majoritaires dans le capital des principaux acteurs du secteur en 2016

| Groupe | Fonds d'investissement | Commentaire |
|-------------------------------------|--|--|
| Ramsay/ Générale de Santé/HPM | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ramsay HealthCare (57%) ▪ Predica (43%) | Le groupe australien est allié à la filiale assurance du groupe Crédit agricole grâce à laquelle il a acquis les parts détenues par les fonds Santé Développement Europe et Santé SA dans Générale de Santé en 2014 |
| Elsan (Vedici/Vitalia) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ CVC Capital Partners | Soutenu par Bridgepoint jusqu'en 2014, le groupe s'appuie désormais sur CVC entré au capital de Vedici au 2e semestre 2014. Il lui donne les moyens d'acquérir Holdiparc fin 2014 puis Vitalia en 2015 pour former Elsan. |
| MédiPôle Partenaire | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bridgepoint (70%) | En 2014, le retrait des fonds présents au capital de Médi-Partenaire (Barclays private equity et LBO France) a été compensé par une entrée de Bridgepoint au capital du groupe, fonds déjà actionnaire principal de Médipôle Sud-Santé |
| Capio | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apax Partners (45%) ▪ Nordic Capital (44%) ▪ Apax France (11%) | Entreprise contrôlée par les fonds Apax Partners et Nordic Capital, après une OPA d'Optica AB en septembre 2008 |
| Clinéa (Orpéa) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ CPPIB (16%) ▪ FFP Invest (7%) ▪ Sofina (6%) | Le fonds canadien CPPIB entre en 2013 au capital du groupe à la faveur d'une augmentation de capital de 100 MEUR |
| Korian | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Predica (24%) ▪ PSP Investissements (14%) ▪ Malakoff Mederic (6,4%) ▪ Batipart (0,5%) | Entrée du canadien PSP Investissements au capital à hauteur de 14% (juillet 2015) faisant passer Batipart en deça de la barre des 5% |
| Almaviva Santé | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gimv ▪ UI Gestion | En juillet 2015, DV France, Gimv, UI Gestion et les praticiens de la clinique Arago à Paris ont annoncé le regroupement de leurs activités au sein de l'entité Almaviva Santé |

► **La première dépense est constituée des frais de personnel (50 %), suivis des coûts directs (35 %).**

■ Les ressources dégagées par l'exploitation permettent de faire face :

↳ À la charge de loyer (selon le mode de financement et la vétusté des locaux)

↳ À la charge d'investissement (frais financiers et amortissement)

■ Le résultat comptable permet :

↳ De renforcer les fonds propres

↳ De verser des dividendes aux actionnaires

Pourquoi ces groupes financiers, dont la principale activité est de générer des profits pour les actionnaires, ont-ils jeté leur dévolu sur le marché de la santé en France ? Tout simplement pour la formidable « générosité » de notre système social !

Les diverses lois réduisant le « coût » du travail s'appliquent à ces établissements, ainsi que la reprise de la TVA, a contrario des établissements publics.

Ce secteur s'annonce de plus en plus juteux, car c'est un marché en plein développement, en particulier en direction des personnes âgées, et d'autre part, l'État qui pilote les décisions de la Sécurité Sociale est un serviteur zélé des grands groupes du CAC40.

La mainmise des groupes de santé sur les négociations collectives permet une « parfaite maîtrise » de la masse salariale, le blocage des salaires par la FHP depuis des années, les effectifs revus à la baisse permettent le reversement aux actionnaires de dividendes conséquents.

Particularité de l'offre de santé privée : le cas des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC)

Au nombre de 20, les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) sont des établissements de santé privée à but non-lucratif, exclusivement dédiés aux soins, à la recherche et à l'enseignement en cancérologie. Ils participent au service public hospitalier et assurent une prise en charge du patient en conformité avec les tarifs conventionnels, sans aucun dépassement d'honoraires. Le regroupement de moyens, de plateaux techniques et de personnel hautement qualifié dans chaque centre rend possible la prise en charge du traitement du cancer dans sa globalité. Les Centres de lutte contre le cancer prennent en charge plus de 110 000 patient.e.s chaque année. Les CLCC ne sont toutefois pas

les seuls lieux de prise en charge et de traitement des cancers. Les hôpitaux publics (CHU et CH) jouent également un rôle essentiel en la matière, et assurent l'accueil et le traitement de la majorité des patients concernés.

Pour les soins : les Centres de lutte contre le cancer, réunis au sein du groupe UNICANCER, ont développé un modèle de prise en charge globale et innovante des cancers en France. Ce modèle est fondé sur la pluridisciplinarité, l'accès à l'innovation pour tous et la volonté d'efficience au service des patients. Du dépistage et/ou du diagnostic précoce jusqu'au suivi après le traitement, les CLCC assurent une prise en charge globale, humaniste et innovante, tenant compte de tous les aspects de la maladie et de la personne :

↳ La dimension médicale : des équipes pluridisciplinaires, des équipements de pointe et des innovations thérapeutiques, grâce à un investissement constant dans la recherche.

↳ La dimension individuelle : le soutien tout au long de la maladie grâce à une offre de soins de support complète (assistantes sociales, psycho-oncologues, socio-esthéticiennes, diététiciennes, etc.) et à un lien étroit avec les associations de patients (groupes de parole, espaces d'information, animations, etc.).

Cette prise en charge des patients par les CLCC intervient dans le cadre d'un réseau régional de cancérologie, associant l'ensemble des acteurs concernés (autres établissements, médecins libéraux, services à domicile...). Les mesures annoncées par le plan Cancer 2009-2013 confortent ce modèle d'organisation en cancérologie, basé sur le continuum recherche-soin et la prise en charge globale du patient.

Un double hold-up !

Pour le dire simplement, les patrons de la Santé à but commercial organisent :

⇒ **d'une part un vrai hold-up sur les fonds de la Sécurité Sociale qui sont pourtant destinés à répondre aux besoins de santé de toute la population et non pas à grossir les dividendes des actionnaires,**

⇒ **d'autre part, un vol délibéré sur nos salaires, puisque ce sont nos cotisations sociales qui payent notre Sécu.**

D'un financement évaluatif à un financement limitatif

Le 1^{er} janvier 2017 a marqué l'entrée en vigueur de la réforme sur la tarification et de la contractualisation des EHPAD.

La Loi introduit un « pilotage par les ressources » avec le passage d'un financement en fonction des besoins des usagers à une forfaitisation des soins qui repose sur l'équation tarifaire déterminée à partir de l'estimation des besoins en soins des résidents.

Cette équation appelée GMPS (qui intègre le GIR moyen pondéré (GMP) et le Pathos moyen pondéré (PMP)) donnera pour chaque établissement le montant de sa dotation soins.

Selon les estimations, 85 % des EHPAD sont actuellement en deçà de cette dotation-cible. Afin de les aider à y parvenir de façon transitoire, il sera procédé au calcul de la différence entre la dotation-cible et la dotation actuelle de chaque EHPAD. Ainsi 1/7^e de cette différence sera versée chaque année aux EHPAD par les ARS. Le plafond du GMPS ne devrait être atteint pour l'ensemble des EHPAD qu'à horizon 2023.

Pour mettre en place ces équations tarifaires et éviter les sur ou sous-dotations prolongées, les GMP et PMP seront réévalués au début du CPOM et à mi-parcours, soit tous les deux ans et demi.

Les chiffres clés de l'accompagnement médico-social

- > 180 millions d'euros sur la période 2017-2021
- > 59 millions d'autorisations d'engagement délégués aux ARS en 2017
- > 10 millions d'euros pour « Réponse accompagnée pour tous » en 2017
- > 3,7 millions d'euros supplémentaires aux ARS en 2018
- > 30 000 établissements et services
- > 1,2 million de personnes âgées et handicapées accompagnées dans leur parcours de vie et de soins.

Source ARS Île de France

Pilotage de l'activité :

L'allocation des ressources peut être minorée en fonction de l'activité réalisée, l'autorité de tarification tenant compte du Taux d'Occupation (TO) et pouvant revoir le niveau du forfait soins de l'année N (en cours) lorsque le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent est inférieur au seuil de 95 % de l'activité réalisée en N-1. L'abattement en dessous du seuil de 95 % de TO est de 0,5 % de la dotation soins par tranche de 1 % d'activité en dessous de ce seuil. Face à la grogne des fédérations lors des rencontres de travail, le ministère a accepté d'ajuster le taux pris en compte, en ajoutant au TO dépendance, les absences pour hospitalisation ou convenance personnelle de moins de 72h (qui sont les plus courantes).

Aide technique :

Le secteur social et médico-social recouvre principalement les structures et les professionnels intervenant dans les champs de la petite enfance, de la protection de l'enfance, de la famille, des personnes handicapées, des personnes âgées, de la lutte contre l'exclusion et de la santé.

Ce secteur est d'une très grande diversité et complexité tant par les publics concernés que les réponses apportées aux besoins, ainsi que par les décideurs et financeurs publics.

Une partie importante de ces établissements et services sont encadrés:

1. soit par la Loi 2002-2 – codifiée dans le Code de l'action sociale et des familles,
2. soit par les dispositions de la 6^e partie du Code de la santé publique,

Les 4 principaux acteurs publics intervenant dans le financement des établissements sont :

- L'État,
- Les collectivités territoriales au nombre de 3 : régions, départements et collectivités locales (communes),
- Les caisses de Sécurité Sociale CNAMTS, (assurance maladie, branche famille, assurance vieillesse, AT-MP),
- La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

En dehors de ces derniers, d'autres personnes ou organismes peuvent également contribuer au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux : les usagers et les familles sont amenés à financer eux-mêmes pour partie certaines prestations. Le financement solidaire d'action sanitaire et sociale des caisses de Sécurité Sociale n'offrant plus et/ou ne prenant plus en charge certaines prestations dites "de confort" (soins de pédicure, séances de kinésithérapie...).

La mise en œuvre des politiques sociales nécessite des formes d'intervention de plus en plus diversifiées et sophistiquées articulant des techniques d'assurance sociale, d'aide sociale et d'action sociale. Ces orientations se font selon un choix politique constant par la prise en charge de ces interventions répartie entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes sociaux.

Ce choix dicté par une préoccupation d'efficacité et d'efficience constitue également un facteur de complexité, lui-même redoublé par un second facteur : toutes ces catégories d'acteurs peuvent être placées en situation de financeurs, de coordinateurs ou de prestataires.

La Sécurité Sociale intervient à travers ses 4 branches : Maladie, invalidité, Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), Famille et Vieillesse en direction des publics suivants :

- Enfance,
- Famille,
- Personnes handicapées,
- Personnes âgées,
- Personnes en difficulté sociale,
- Personnes malades ou usagers de la santé.

Les départements interviennent dans les dispositifs suivants :

- Aide sociale obligatoire,
- Aide sociale facultative,
- Service départemental d'action sociale : FSL (fonds solidarité logement), FAJ (fonds d'aide aux jeunes), PMI (protection maternelle et infantile),
- Aide sociale légale et aide sociale extra-légale : personnes handicapées, personnes âgées,
- RMI/RSA (revenu de solidarité active),
- ASE (aide sociale à l'enfance).

Les communes interviennent dans l'Action sociale facultative, celle-ci est d'ailleurs de plus en plus remise en cause, car leurs dotations baissent (ex : l'aide alimentaire).

Les institutions sont ainsi financées selon leur champ : sanitaire, social ou d'hébergement :

→ **Les Hôpitaux** : financés à 90% par le Sécurité Sociale et l'ARS, 10% restants à la charge du patient (par forfait et par complémentaire santé).

→ **Les MAS** (maisons d'accueil spécialisé) ou **IME** (instituts médico éducatifs) soit l'aide à l'enfance comme certains ESAT (établissement et service d'aide par le travail, anciennement CAT) : financés par le département conjointement avec une activité productive. Sous l'autorité tutélaire du Président du conseil départemental.

→ **Les EHPAD** : financement tripartite entre la Sécurité Sociale, le département et le résident.

Les politiques et orientations actuelles consistent en des transferts de charges et de prestations de la Sécurité Sociale vers les départements, les résidents et familles à tout niveau. Rappelons également que ce financement représente 70 % du salaire des Aides-Soignant.e.s, alors que 100 % du salaire des Infirmier.e.s, les médecins et pharmaciens des EPHAD relèvent de la dotation soins (Sécurité Sociale). Le plus significatif est la fixation du point GIR qui passe pour certains départements de 5,68 € à 9 € et les critères d'allocation n'ont pas toujours le même niveau.

Ces disparités génèrent une très forte inégalité territoriale de traitement des futurs résidents. Par ailleurs, avec la nouvelle tarification des EHPAD, notamment avec le GIR DEPARTEMENTAL, certains établissements vont voir une chute de la partie dépendance de 20 à 30 % une perte globale évaluée à environ 200 millions d'euros...

Rappelons que ce financement intervient pour 30 % sur l'emploi des AS/AMP. L'emploi, là aussi, est menacé, aggravant des conditions d'exercice déjà très dégradées avec toutes les conséquences pour les aînés qui voient encore un recul institutionnalisé de la dignité et du respect. Cela a aussi pour conséquence de peser une fois encore sur les tarifs hébergement et dont le non-financement incombe aux reculs successifs des financements solidaires et pas à l'excès de dépenses. Cela est contre nature aux missions de Soins, de prévoyance et d'accompagnement.

Produits de la tarification

Rappel des aspects législatifs :

À compter du 1^{er} janvier 2017, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus en application du IV ter A de l'article L.313-12 du Code de l'action sociale et des familles sont progressivement substitués aux conventions pluriannuelles conclues en application du I de l'article L.313-12 du même Code dans sa version antérieure, à l'entrée en vigueur de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dites « conventions tripartites ».

Rôle des autorités signataires :

Le directeur général et les présidents des conseils départementaux programment sur cinq ans, à compter du 1^{er} janvier 2017, la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), par arrêté. La programmation peut être ajustée chaque année.

Cette programmation prend en compte les dates d'échéance des conventions tripartites, pour faire en sorte, dans la mesure du possible, que le CPOM prenne immédiatement la suite de la convention tripartite échue.

Lorsque des contraintes de programmation ne le permettent pas, un avenant à la convention tripartite est conclu, afin de prolonger ses effets pour une durée maximale d'un an. Il est autorisé aux parties signataires du CPOM d'anticiper l'échéance de la convention tripartite au bénéfice de la signature de ce contrat.

Dans ce cas, il est mis fin à la convention tripartite par voie d'avenant avançant la date d'échéance initialement mentionnée dans la convention.

Lorsqu'un CPOM est substitué à plusieurs conventions tripartites dont les dates d'échéance sont différentes, les autorités chargées de la programmation recherchent la date la plus adéquate pour cette substitution.

Dans le cadre de la loi 2002-2 codifiée dans le Code de l'action sociale et des familles, des financements publics sont alloués aux structures par l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales, en contrepartie de la fourniture de prestations sociales et médico-sociales, qui relèvent de l'intérêt général.

Une fois autorisé et habilité, l'établissement ou service : se voit fixer un tarif des prestations qu'il offre aux usagers ; c'est le mécanisme de la tarification.

Théoriquement : les financements sont soumis à un suivi rigoureux de l'utilisation des ressources et du service rendu aux usagers

Concrètement, l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) est établi et proposé par les structures chaque année, sauf dans le cas d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), qui donne lieu à une négociation budgétaire avec leurs autorités de tarification, qualifiée de procédure contradictoire. C'est le passage d'un système limitatif au système évaluatif intégrant la prévalence économique qui est initié par la limitation des enveloppes budgétaires allouées.

→ **pour les EHPAD : les CPOM avec l'ARS et le Conseil départemental sont obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2017 ;**

→ **pour les accueils de jour autonomes et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) intervenant auprès des personnes âgées et handicapées : ils doivent signer un CPOM depuis janvier 2016 ;**

→ **pour les établissements et services pour personnes en situation de handicap : le CPOM est obligatoire depuis janvier 2016 ;**

→ **La loi AVS (Adaptation de la Société au Vieillessement) instaure un socle de prestations (articles 57 et 58).**

Afin d'assurer une meilleure transparence des prix pratiqués par les EHPAD et ainsi permettre leur comparaison, la loi prévoit l'instauration d'un socle de prestations obligatoires concernant cinq types de services : l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage et l'animation de la vie sociale. Un décret du 30 décembre 2015, applicable à compter du 1^{er} juillet 2016, fixe ainsi la liste des prestations minimales que tous les établissements devront inclure dans leurs tarifs hébergement de base.



Prévoyance

Santé

Épargne



CHORUM, la seule mutuelle 100% dédiée aux acteurs de l'économie sociale et solidaire

CHORUM accompagne et protège les salariés de l'ESS à travers une offre **prévoyance, santé, épargne et ingénierie sociale**.

CHORUM s'engage pour la qualité de vie au travail de ses adhérents et assurés. Comment ? En mettant à leur disposition une **équipe d'experts** en prévention santé au travail et un **service d'accompagnement social** dédié.



www.chorum.fr

*Premier service
d'accompagnement social*

chorum-facilit.fr

*Le centre de ressources et d'action
pour l'emploi de qualité*

chorum-cides.fr

Dans les EHPAD privés non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les contrats d'hébergement devront prévoir ce socle de prestations qui fera par ailleurs l'objet d'un prix global, fixé lors de la signature du contrat. Celui-ci pourra évoluer, à l'instar des autres prestations d'hébergement, dans la limite d'un pourcentage arrêté chaque année au regard de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services du taux d'évolution des retraites.

De nouvelles sanctions administratives sont introduites dans le code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 314-14. Ainsi, seront notamment passibles d'une amende les EHPAD qui :

- ➔ hébergent une personne âgée sans avoir conclu un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge ou qui ne respectent pas les dispositions légales les concernant ;
- ➔ ne restituent pas dans les 30 jours suivant le décès du/de la résident.e, les sommes perçues d'avance correspondant à des prestations non délivrées.

Par ailleurs, les EHPAD « commerciaux » feront désormais l'objet de sanctions administratives et non plus pénales pour leurs manquements aux dispositions relatives à l'évolution des prix et aux contrats.

A l'instar des EHPAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, l'amende administrative ne pourra excéder 3 000 euros pour une personne physique et 15 000 euros pour une personne morale. Les manquements seront recherchés et constatés par les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

Dates clés pour les établissements soumis à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) sur la période transitoire de 2017 à 2023 :

- ▶ **31 octobre 2016** : pas d'obligation de transmission du budget prévisionnel à l'ARS, dès lors que l'établissement relevant de l'EPRD à compter de 2017 a signé un CPOM ou un avenant prévoyant la production d'un EPRD, pour les autres établissements, le dépôt d'un budget prévisionnel est maintenu ;

- ▶ **1^{er} décembre 2016** : transmission d'une annexe "activité" permettant aux tutelles de fixer les tarifs journaliers applicables à l'établissement dès la notification de ses produits de la tarification ;

- ▶ **31 janvier 2017** : mise à jour et transmission à l'ARS de l'activité prévisionnelle relative à l'amendement Creton⁽¹⁾ au titre de l'année 2017, afin de déterminer le montant prévisionnel du tarif à la charge des conseils départementaux ;

- ▶ **avant le 30 avril 2017** (ou si l'autorité de tarification n'a pas notifié les tarifs avant le 31 mars 2017, dans les 30 jours qui suivent la notification et au plus tard le 30 juin 2017) : transmission de l'EPRD à l'ARS et sur la plateforme CNSA ;

- ▶ **30 avril 2017** : transmission du compte administratif portant sur l'exercice 2016 ;

- ▶ **31 octobre 2017** (au titre de l'exercice 2018) : transmission de l'annexe activité ;

- ▶ **31 janvier 2018** : mise à jour de l'activité prévisionnelle Creton ;

- ▶ **30 avril 2018** : transmission de l'état réalisé de recettes et de dépenses (ERRD).

👉 À noter que les établissements qui ne sont pas concernés par l'application de l'EPRD dès la campagne 2017 restent pour leur part soumis aux dispositions actuellement en vigueur.

À l'issue de la période transitoire, les établissements devront procéder de la façon suivante : transmission de l'activité au 31 octobre de l'année précédente, transmission de l'EPRD avant le 30 avril de l'année en cours et transmission de l'ERRD de l'année en question avant le 30 avril de l'exercice suivant.

Rappelons que les CPOM évoluent en CPOP (contrat pluriannuel d'objectifs et de performances). Les établissements sont donc tenus à des évaluations quantitatives et qualitatives. Enfin, lors des demandes de moyens complémentaires, ils sont tenus de démontrer les gains de productivité obtenus dans un cadre prévisionnel envisagé. ■

1. Dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) se prononce sur l'orientation de ces jeunes vers un type d'établissement pour adultes, tout en les maintenant, par manque de places disponibles, dans l'établissement d'éducation spéciale dans lequel ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans.

Les règles et paramètres en matière de financement de l'action sociale et médico-sociale

Le secteur social et médico-social recouvre les structures dans les champs de la petite enfance, de la protection de l'enfance, de la famille, des personnes handicapées, des personnes âgées, de la lutte contre l'exclusion. Le secteur est d'une très grande diversité et complexité en matière de financements, pourtant, la plupart des établissements et services sont encadrés par la loi 2002-2.

Ces dernières années, les convergences tarifaires se sont mises en place avec l'apparition des EPRD (état prévisionnel des recettes et dépenses), des Tarifs plafonds, de la loi HPST... Ce contexte législatif et réglementaire du secteur social et médico-social accroît les contraintes budgétaires des établissements sociaux et médico-sociaux et vise à rationaliser les ressources qui leur sont accordées. De plus en plus, nos structures sont en recherche de nouvelles pistes de financements pour chaque projet en dehors des financements classiques. Ces financements sont privés et on les trouve par le biais de fondations, de banques ou autres organismes de financement, du mécénat, du FSE (Fonds Social Européen) et dernièrement, avec « les contrats à impacts sociaux », véritable ouverture de la privatisation lucrative du secteur.

LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES SOCIALES NÉCESSITE DES FORMES D'INTERVENTION DE PLUS EN PLUS DIVERSIFIÉES ET SOPHISTIQUÉES, ARTICULANT DES MISSIONS D'ASSURANCE SOCIALE, D'AIDE SOCIALE ET D'ACTION SOCIALE.

Ces missions sont prises en charge et réparties entre l'État, les collectivités territoriales et les organismes sociaux. De plus, ces acteurs peuvent être placés en situation de financeurs, de coordinateurs ou de prestataires, selon les politiques et les dispositifs.

Divers acteurs interviennent dans le financement

- ↳ l'État,
- ↳ Les Collectivités locales (3 : régions, départements et communes),
- ↳ Les Caisses de Sécurité Sociale (Assurance maladie, branche Famille, assurance vieillesse, etc),
- ↳ La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).
- ↳ Les usagers

Enfin, les usagers demandent plus d'individualisation et une proximité de traitement accrue, alors que les institutions chargées de l'aide et de l'action sociale sont contraintes de délivrer leurs prestations dans une démarche de plus en plus industrialisée, procédurière, protocolaire et avec une préoccupation croissante de la maîtrise des coûts.

Ainsi, nous voyons bien que ce secteur est complexe et diversifié à de multiples niveaux. A savoir : l'aide sociale se caractérise par une protection facultative alors que l'action sociale relève de la législation et de la réglementation.

Les différents niveaux d'aides sociales et la mise en œuvre de l'action sociale :

► La protection sociale générale (État, Sécurité Sociale)

C'est un droit ouvert par le paiement d'une cotisation destinée à couvrir un risque ou acte de prévoyance. Elle obéit au principe d'assurance mutuelle, de solidarité. C'est le domaine de « l'ayant droit » qui suppose d'avoir des revenus pour payer les cotisations. Ce rôle est assumé par la Sécurité Sociale et les diverses caisses de retraite et de prévoyance.

► L'aide sociale légale (Département, décentralisation)

C'est le domaine du « droit » ouvert par la loi à ceux qui ne disposent pas de revenus suffisants pour cotiser ou parce que les régimes de prévoyance ne couvrent pas ou peu le risque intervenu.

Elle obéit à un principe d'assistance couvert par l'impôt. Elle relève des collectivités publiques (État, département, commune). Par exemple, le RSA est un des grands pôles de couverture des départements.

► L'aide sociale facultative (actions innovantes complémentaires initiées par les élus locaux)

Elle est constituée d'un ensemble de mesures prises volontairement par une collectivité en vue d'atteindre certains objectifs de prévention, de thérapie, d'éducation ou de promotion. Elle lutte contre l'inadaptation sociale matérielle, physique, mentale, psychique ; elle dépasse le cadre de l'assistance. Cette aide est plus globale, non limitée à une catégorie d'actions codifiées, ni réservée à des personnes en situation marginale, elle n'est pas limitée au strict nécessaire, mais vise à favoriser le développement global de l'individu. L'action sociale est le domaine privilégié des collectivités locales et notamment celui de la commune et du CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), sans pour autant que l'État renonce à son rôle d'impulsion et d'incitation.

Qui a la responsabilité de la mise en œuvre de l'action sociale ?

La réponse se trouve dans la loi du 02 janvier 2002 Art. L116-1 : « Elle tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particuliers des personnes handicapées, des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'état, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de Sécurité Sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales. »

Que financent les principaux financeurs ?

► L'État intervient en direction des publics suivants :

- ➔ Enfance (sauf protection enfance qui est dévolue aux départements)
- ➔ Famille
- ➔ Personnes handicapées
- ➔ Personnes âgées
- ➔ Personnes en difficulté sociale
- ➔ Personnes malades ou usagers de la santé

L'État intervient dans les politiques dites « catégorielles » : emploi, logement et santé.

► La CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)

Elle a pour mission principale de contribuer au financement de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire. Elle a été créée par la loi du 30 juin 2004 et mise en place le 2 mai 2005. Une convention d'objectifs et de gestion est signée entre la CNSA et l'État.

La CNSA pilote la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées avec un double objectif.

- ➔ Premièrement, elle contribue aux financements de l'APA (Aide aux personnes âgées) et de la PCH (Prestation de compensation du handicap) prise en charge par les départements.
- ➔ Deuxièmement, elle répartit les crédits d'assurance maladie destinés aux établissements et services.

Les financements de la CNSA proviennent de 3 sources :

- ➔ Les contributions de solidarité pour l'autonomie issues de la contrepartie du travail effectué lors de la journée de la solidarité qui correspond à une contribution de 0,3 % en 2010 acquittée par les employeurs sur les salaires versés, ainsi que la taxation du patrimoine et des produits de placement à hauteur de 0,3 %.
- ➔ 0,1% de la CSG et une part du fonds national d'action sociale de la CNAV, destinée au financement de l'APA
- ➔ Les crédits de l'assurance maladie destinés à la prise en charge des soins dans les établissements et services.

► Les régions

- ➔ La formation professionnelle
- ➔ Les conseils régionaux peuvent être amenés à subventionner certaines politiques de santé. Par exemple, en Occitanie, le Conseil régional a décidé d'apporter sa contribution à la lutte contre les déserts médicaux, les maisons de santé et le soutien à l'e-santé (services du numérique au service du bien-être de la personne).

► Les organismes de Sécurité Sociale : (4 branches)

- Maladie, invalidité
- Accidents du travail et maladies professionnelles
- Vieillesse
- Famille

Les principales modalités de financement

Pour rappel :

→ **Produit de la tarification** : Dans le cadre de la loi 2002-2, les financements publics sont alloués en contrepartie de la fourniture de prestations par les établissements et services sociaux et médico-sociaux, relevant de l'intérêt général.

→ **Subvention** : Une contribution financière est versée par une collectivité publique à un projet d'intérêt général initié et mis en œuvre par un tiers.

→ **Marché public** : Un achat est effectué par une collectivité publique pour ses besoins.

→ **Délégation de service public** : Un droit exclusif est accordé à un organisme pour exercer une mission de service public

→ **A venir** : Le projet SERAFIN PH (Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées) : La T2A arrive dans le champ du handicap

Il y a une volonté à refonder le financement des établissements pour personnes handicapées sur l'objectivation et la liaison entre les besoins des personnes qui sont accueillies et les réponses qui leur sont apportées. La réforme de la tarification conduite par le projet SERAFIN PH est complémentaire des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) inscrits dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2016. Ce projet inclut dans son titre l'intentionnalité de la démarche :

**LE PRINCIPE DU PAIEMENT À L'ACTE
INTRODUIT DANS LE SECTEUR
SANITAIRE MCO (MÉDECINE CHIRURGIE
OBSTÉTRIQUE) PAR LE PLAN HÔPITAL
2007 A FAIT PASSER LE FINANCEMENT
D'UNE LOGIQUE DE MOYENS
À UNE LOGIQUE DE RÉSULTAT.
LA MÊME VOLONTÉ POLITIQUE ÉMERGE
DANS CE PROJET.**

Le paiement à l'acte, impossible actuellement dans le champ de la psychiatrie malgré de nombreuses tentatives faites depuis les années 2000, arrive dans notre secteur. On passe du concept de prise en charge à celui de la rémunération à la prestation, comme cela a été fait dans le sanitaire où l'on est passé du concept de soins à celui de rétablissement (*cf. rapport « Laforcade »*).

Deux orientations émergent du projet :

Premièrement, l'idée que chaque prestation (acte qui répond à un besoin défini) peut être codifiée. Cette codification évaluera le coût de la prestation qui servira à la facturation.

Deuxièmement, la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement) et le GEVA (Guide des besoins des personnes handicapées) vont servir de base pour décrire pour chaque situation de handicap, les réponses à donner et les moyens humains (en temps) pour chaque professionnel.

Le but recherché de ce projet est d'organiser une réforme de la tarification en structurant les nomenclatures en 3 blocs :

- BLOC 1 : nomenclatures des besoins,
- BLOC 2 et 3 : nomenclatures des prestations.

La nomenclature peut servir à des fins d'observation ou de planification et à des fins de contractualisation des CPOM, autour des trois domaines que sont les besoins, l'autonomie et la participation sociale.

Le projet répond uniquement à la réduction des coûts de prise en charge des ESMS (Établissement Social ou Médico-Social) en lien avec les politiques en matière de psychiatrie (dit « santé mentale »). Les coûts des prises en charge et des soins sont considérés par nos politiques comme des éléments structurant la dette sociale, alors que ces coûts devraient être considérés comme des investissements.

Nous dénonçons ce projet qui va uniquement servir à mettre en place la concurrence entre établissements et services. Il ne donnera pas les moyens nécessaires pour répondre aux besoins des usagers. Le passage d'un budget basé sur des prix de journée vers celui d'un financement à l'activité va empêcher les projets institutionnels à moyen et long terme. Ce projet se décline en pléthore de thèmes et de sous-thèmes, cela risque d'éloigner un peu plus le secteur médico-social de la créativité voire de l'innovation pour

répondre au mieux aux besoins des personnes handicapées. Par ce projet, le formatage sera tellement accru que l'accompagnement de l'utilisateur ne se fera que par la seule entrée du handicap. De ce fait, le projet SERAFIN, au-delà de la stigmatisation graduelle des usagers, n'est qu'un instrument au service des politiques d'austérité.

COMME NOUS LE CONSTATONS TOUS, LA « FINANCIARISATION » GAGNE CHAQUE JOUR DAVANTAGE TOUS LES SECTEURS DE LA SOCIÉTÉ.

Attention au Social Impact Bonds (SIB)

Les Social Impact Bonds (SIB) ou Contrats à Impact Social sont des obligations financières émises par le secteur public auprès d'acteurs privés, afin de financer des projets sociaux, et dont le paiement est conditionné à la réussite du projet.

Le Social Impact Bonds se sert du désengagement de l'État, afin d'introduire dans le secteur du médico-social, et en particulier celui de la dépendance, de grands investisseurs financiers qui n'ont qu'un seul but : s'enrichir avec l'argent public. Les grandes banques, dont la BNP, se gargarisent de ce nouveau concept dont l'investissement est sans « risque » et la rentabilité assurée pour le prêteur (capital investi garanti par l'État ou la collectivité territoriale). La seule exigence est que ces prêts se fassent auprès des acteurs sociaux.

La proposition SIB consiste à faire financer par des investisseurs privés des actions sociales (au sens large) relevant normalement des financements publics. C'est l'État qui rembourse dans un deuxième temps les sommes investies, avec un fort taux d'intérêt, dès lors que les objectifs fixés conjointement par l'investisseur et par l'État ont été atteints.

Cette solution apporte un changement dans la vision associative qui fait basculer le modèle « citoyen » vers un modèle anglo-saxon de « charities », de « fondations », dans les mains de ceux qui financent.

Le plus inquiétant, et d'une certaine manière le plus triste, c'est l'aval que semblent donner à ce nouveau modèle les grandes formations associatives, des responsables Économies Sociales et Solidaires (ESS).

Les associations sont de plus en plus en difficulté. Au lieu de mobiliser leurs adhérents et leurs publics pour confronter les pouvoirs publics à leurs responsabilités, elles abdiquent tout ou partie de leurs valeurs associatives d'économie sociale et solidaire au profit des grandes structures financières. Ces dernières, sans réel contrôle, sélectionneront les « élus », fixeront les objectifs, se donneront une image, et, qui plus est, toucheront une rémunération confortable.

Aujourd'hui, on voit se multiplier les conférences et les colloques vantant les soi-disant « opportunités de financement » des SIB, montrées comme telles dans un contexte de récession. Allant avec la nécessité « d'innovations financières », « d'améliorer la gouvernance face aux besoins des financeurs », de « chercher de nouvelles opportunités de financements », de la solution « investissements sociaux », sans expliquer réellement le contenu de ces expressions.

Ne nous laissons pas bernier par le larmoiement de ces nouveaux gestionnaires qui dirigent nos structures sans états d'âme. De l'argent, ils en gagnent ! On peut citer en exemple le groupe SOS qui est l'un des géants du secteur sanitaire et social. Ce groupe est une structure tentaculaire qui mélange les entreprises et les associations, les maisons de retraites, les cliniques et les lieux d'hébergement. En 2015, il employait 12 000 salarié.e.s et générait 700 millions d'euros de chiffre d'affaires à travers 350 établissements.

Cette campagne, initiée par le MOUVES (MOUvement des Entrepreneurs du Social) avec la connivence du pouvoir en place (l'ex-président du MOUVES fut candidat aux dernières législatives pour la République En Marche), prépare insensiblement la société à adopter les SIB sans méfiance.

Nous estimons nécessaire d'alerter les associations par le biais des syndicats CGT sur le contenu de ces mesures. Les associations doivent évaluer la portée et prendre conscience des graves dangers qu'elles impliquent, entraînant la soumission des projets associatifs aux diktats de l'idéologie capitaliste et néo-libérale. ■

Exemple pour un Prêt BFM LIBERTÉ⁽¹⁾ de 7 000 € sur 24 mois : taux débiteur annuel fixe de 0,99 %, soit TAEF fixe de 1 %. Mensualités de 294,68 € (hors assurance DIT⁽²⁾ facultative). Montant total dû : 7 072,32 € (sans frais de dossier et hors assurance DIT⁽²⁾ facultative).

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.

En cas d'adhésion à l'assurance groupe DIT⁽²⁾, cotisation de 1,98 € par mois, à ajouter à l'échéance de crédit. Montant total dû au titre de l'assurance DIT⁽²⁾ facultative : 47,52 €, soit un TAEF (taux annuel effectif de l'assurance) de 0,66 %, non inclus dans le TAEF du prêt. Conditions en vigueur du 01/09/2017 au 31/10/2017. Pour un crédit d'une autre durée et/ou montant, voir conditions en agences Société Générale.

MARION EST INFIRMIÈRE, ELLE PREND SOIN DES AUTRES AU QUOTIDIEN

MAIS AUJOURD'HUI, C'EST DE SON INTÉRIEUR DONT ELLE PREND SOIN



Pour Marion et tous les agents du secteur public

PRÊT | **1%**
BFM LIBERTÉ⁽¹⁾ | TAEF fixe

Hors assurance DIT⁽²⁾ facultative pour une durée de 6 à 24 mois à partir de 1 500 €. Taux en vigueur du 01/09/2017 au 31/10/2017

(1) Prêt amortissable non affecté, consenti par et sous réserve d'acceptation de votre dossier par la BFM et d'être titulaire d'un compte bancaire ouvert à Société Générale (avec domiciliation de salaire souhaitée). Délai légal de rétractation de 14 jours. Voir conditions en agence Société Générale. (2) Contrat d'assurance Groupe DIT - Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail, souscrit par la BFM, intermédiaire en assurances auprès de CNP Assurances et de MFPrévoyance, SA régies par le Code des Assurances et présenté par Société Générale, en sa qualité d'intermédiaire en assurances. Tarif standard d'assurance donné à titre indicatif pouvant évoluer et hors surprime éventuelle.

Banque Française Mutualiste - Société anonyme coopérative de banque au capital de 114 154 973 € - RCS Paris 326 127 784 - Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 08 041 372, ORIAS.fr). Siège social : 56-60, rue de la Glacière - 75013 Paris. Société Générale - S.A. au capital de 1 009 641 917,50 €. RCS Paris 552 120 222. Intermédiaire en assurances (ORIAS n° 07 022 493, ORIAS.fr). Siège social : 29, boulevard Haussmann - 75009 Paris. Crédit Photo : Getty Images.



**BANQUE FRANÇAISE
MUTUALISTE**

LA BANQUE DE CHAQUE AGENT DU SECTEUR PUBLIC

Contactez-nous du lundi
au samedi de 9h à 18h

0 821 222 500 Service 0,12 € / min
+ prix appel

RETROUVEZ-NOUS SUR BFM.FR ET CHEZ NOTRE PARTENAIRE

