



## ERRD d'un EHPAD : résultats et récupérations

*Face à l'Etat Réalisé des Recettes et de Dépenses (ERRD), des autorités de contrôle et des gestionnaires sont confrontés à un « choc culturel » accentué par des documents annexes qui alimentent les risques de confusion. La recommandation n°6 du rapport Ricordeau d'avril 2018 : « Alléger les procédures liées à l'EPRD pour orienter les ressources vers la contractualisation » devait aussi permettre de revoir les annexes EHPAD à l'EPRD/ERRD. Les arrêtés du 23 décembre 2019 (M22 et M22bis) viennent de fusionner clairement dans les EHPAD les résultats « soins et dépendances avant CPOM » et totalement « avec CPOM » ainsi que leurs diverses affectations.*

### **1. Le résultat dans un EPRD/ERRD d'un EHPAD ou plusieurs EHPAD sur un département.**

Il y a dans l'EPRD/ERRD un résultat unique par EHPAD. Il n'a pas dans l'EPRD/ERRD d'un EHPAD des résultats par anciennes sections tarifaires. Si, sur un département, un gestionnaire a plusieurs EHPAD, il y a un seul EPRD/ERRD. Et, les résultats de chaque EHPAD se cumulent dans le tableau unique de calcul de la capacité d'autofinancement (CAF) de l'EPRD/ERRD.

Rappelons qu'un EPRD/ERRD peut être présenté en déséquilibre (plus d'obligation de « résultat zéro ») et que les mécanismes des dépenses refusées (compte 114) et des dépenses non opposables (compte 116) ne peuvent plus être actionnés. L'arrêté du 23 décembre 2019 solde les comptes 116 et 114 des établissements privés dans un compte 1159.

Pour les EHPAD sous CPOM, ce résultat unique peut être affecté librement par le gestionnaire (article R.314-234 du CASF).

Dans l'attente du CPOM, l'EHPAD reste sous le régime de la convention tripartite. Or, l'article R.314-54 du CASF laisse aussi au gestionnaire une libre affectation de son excédent « hébergement » lorsque les produits de l'aide sociale à l'hébergement du département tarificateur représente moins de 50% des produits relatifs à l'hébergement. Il n'y a plus de résultats sur la « dépendance » et les « soins », puisque la suppression de la répartition de certaines charges à « 70-30 » ou « 30-70 » en particulier sur les masses salariales des aides-soignantes et des agents de service, permet de saturer par des dépenses les forfaits « dépendance » et « soins » ; ceux calculés avec des équations

tarifaires et les forfaits complémentaires.<sup>1</sup> Au final, il n'y a qu'un seul résultat « hébergement », le résultat « soins et dépendance » fusionné par l'arrêté du 23 décembre 2019 étant proche de zéro.

## **2. Le niveau d'approbation des dépenses et des recettes**

La réglementation tarifaire de 1999 mettait fin pour les EHPAD à une approbation « compte par compte » et prévoyait une « approbation globale des dépenses » pour chacune des sections tarifaires.

Le décret du 22 octobre 2003 a instauré pour les autres ESSMS l'approbation au niveau de trois groupes fonctionnels des dépenses et des produits. Les EHPAD privés ont été exonérés de la présentation et de l'approbation par groupes fonctionnels, la présentation et l'approbation par « sections tarifaires » étant maintenues.

Au titre du contrôle de légalité et du contrôle budgétaire, les EHPAD publics devaient présenter avant le 31 octobre un budget voté par groupes fonctionnels en plus de la présentation par sections tarifaires. Cela permettait aux comptables publics « d'engager la dépense » et de snober les sections tarifaires qu'ils ne voulaient pas connaître. De leurs côtés, les tarificateurs se moquaient de la présentation par groupes fonctionnels. On retrouve le même problème pour les EHPAD publics autonomes qui doivent transmettre un EPRD le 31 octobre et un autre après fixation des forfaits « soins » et « dépendance » et des tarifs « hébergement ».

Dans le cadre de l'EPRD/ERRD d'EHPAD (sous CPOM ou non), il y a uniquement fixation des tarifs (équations tarifaires plus divers forfaits « formatés »). Il n'y a plus d'approbation des dépenses et d'obligation d'équilibre budgétaire.

Force est de constater que sur les tarifs « hébergement », des départements :

- Fixent à un niveau détaillé (retour au décret de 1958) des dépenses à la baisse ;
- Majorent les recettes en atténuation. Aussi, des recettes supplémentaires du fait de l'ouverture d'activités de restauration, de sport adapté et d'animation vers le quartier sont acceptées, mais pas les dépenses supplémentaires pourtant inférieures aux recettes complémentaires ;
- « Se moquent » de l'article R.314-204 sur la facturation des jours d'absence (les remboursements au-delà des 72H premières heures des forfaits hospitaliers sont rejetés et le résultat est réformé en conséquence ;
- Ne verse pas les tarifs hébergement « aide sociale » à « terme à échoir » et non à « terme échu » comme les y obligent l'article R.314-186 du CASF ;
- Imposent un taux d'occupation tendant au 100% Surévaluer le nombre de journées au dénominateur et sous-estimer les dépenses au numérateur permet une baisse des tarifs entraînant un déficit qui ne sera plus repris.

---

<sup>1</sup> Hardy JP, *La réforme de la tarification et du financement des EHPAD : acte IV*, Revue de Droit Sanitaire et Social n°2, Mars-Avril 2017, Dalloz.

Il s'agit d'une « vente à perte forcée », afin de fixer un tarif « hébergement » compatible avec le taux de leur objectif d'évolution annuelle des dépenses départementales (OAEDD), voire à la baisse<sup>2</sup> Si, l'arrêté du 19 décembre 2019 relatif aux prix des prestations d'hébergement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour l'année 2020 a fixé un taux d'évolution de 1,08%, les OAEDD ne dépassent pas 0,25%. Cela entraîne aussi un transfert de charges sur l'ARS (neutralisation de la convergence tarifaire positive pour un financement de plus d'aides-soignantes sur les soins pour prendre plus d'agents de service sur la dépendance et moins sur l'hébergement). Cela entraîne des difficultés pour dégager la capacité d'autofinancement (CAF) nécessaire qui est le cœur de l'EPRD/ERRD, cette CAF étant réglementairement plafonnée à moins de 10% des produits d'exploitation encaissables.

### 3. Les récupérations prévues par l'articles L.313-14-2 du CASF

Les dépenses n'étant normalement plus approuvées dans le cadre d'un EPRD/ERRD, il devient impossible pour l'autorité de tarification de rejeter, en application de l'article R.314-52 du CASF qui a été bêtement cloné à l'article R.314-236 du CASF, des dépassements de dépenses qu'elle n'approuve plus (encore moins à un niveau très détaillé). L'autorité de tarification ne fait que fixer les produits de la tarification.

L'EPRD/ERRD met fin aux dépenses rejetées (compte 114 hier et encore pour les établissements publics et désormais compte 11591 pour les établissements privés) et à la réformation des résultats par l'autorité de tarification elle-même.

L'article L.313-14-2 du CASF permet de « **récupérer** » **[et non de rejeter]** les montants « *des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements ou des services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement* » et des « *recettes non comptabilisées* ».

L'autorité de contrôle doit alors motiver sa décision et a bien la charge de la preuve de la qualification de certaines dépenses comme étant « *sans rapport* » et « *manifestement hors de proportion* ».

L'article R.314-26 du CASF pour tous les ESSMS et l'article R.314-167 du CASF pour les forfaits « soins » des EHPAD excluent la prise en compte de certaines dépenses dans les tarifs.

Dans les EHPAD, une autorité de tarification peut récupérer le montant d'une dépense que la réglementation a explicitement exclu de son champ d'attribution, comme l'infirmière ou le médecin sur l'hébergement ou le directeur sur les soins...

---

<sup>2</sup> Hardy JP, *Connaissez-vous l'OEED, petit-cousin de l'ONDAM ?* Mensuel des Maisons de Retraite n°224, octobre 2019

Ces récupérations viennent « *en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit* ».

Dans un arrêté tarifaire EHPAD :

- Un article 1<sup>er</sup> doit fixer le forfait global issu d'une équation tarifaire (GMP pour la dépendance et GMPS pour les soins)
- Un article doit fixer les forfaits complémentaires prévus au 2° de l'article R.314-172
- Un article 3 doit fixer le forfait total (montants des articles 1 et 2)
- L'article 4 peut fixer les montants des récupérations qui viendront en diminution de forfait total de l'article 3

L'autorité de tarification doit motiver ses récupérations : objets et montants. C'est cet article 4 qui pourra faire l'objet d'un contentieux de la tarification.

Certains conseils départementaux s'appuient sur les annexes 6 (EPRD) et 9 (ERRD) pour rejeter les EPRD/ERRD des EHPAD.

#### **4. Les annexes 6 et 9 à l'EPRD/ERRD d'un EHPAD sont inadaptées à la nouvelle tarification « à la ressource »**

Les anciennes sections tarifaires et les clefs de répartition des charges, notamment celles afférentes aux aides-soignantes et aux agents de service, ont été supprimées par le décret du 21 décembre 2016.

Pourtant, les annexes 6 et 9 en font fi et continuent à vouloir une justification des dépenses prévisionnelles et réalisées par anciennes sections tarifaires.

*Tableau 1 : construction des annexes 6 et 9 sur les anciennes sections tarifaires*

<b>Intitulé des numéros de comptes M 22</b>	<b>hébergement</b>	<b>dépendance</b>	<b>soins</b>

Rappelons qu'il n'y a plus d'approbation des dépenses ni par anciennes sections tarifaires ni par groupes fonctionnels. Il y a uniquement fixation des produits de la tarification (tarification « à la ressource ») par des équations tarifaires et des forfaits complémentaires. Et, ces ressources sont multiples.

Tableau 2 : construction sur l'utilisation des ressources allouées

Intitulé des numéros de comptes M 22	Tarifs "hébergement"	Forfait GMP "dépendance" (R.314-173) + tarifs GIR 5-6	Financements complémentaires "dépendance" (2° de l'article R.314-172)	Forfait GMPS "soins" (R.314-162)	Financements complémentaires (article R314.163)					
				HP	HT	AJ	PASA	UHR	PFR	Autres

Certes, certaines ressources ne doivent pas couvrir certaines charges. Par exemple :

Un cuisinier ne peut pas être financé par les forfaits « soins »

Des médecins ou des infirmières ne peuvent pas être financés sur l'hébergement...

Par contre, certaines charges peuvent avoir plusieurs sources de financement :

Activités de prévention et de sport adapté au grand âge sur les forfaits complémentaires « dépendance » et/ou « soins »

Psychologue sur le forfait « dépendance » et le PASA

Aménagement et entretien des espaces de déambulation sur les seuls PASA et plus sur l'hébergement

Forfait ARS pour l'amélioration des conditions de travail bénéficiant à tous les personnels

Les sommes des colonnes du tableau 1 ne peuvent être égales au compte de résultat dans l'EPRD/ERRD dès qu'il y a des financements complémentaires et des dispositifs annexés, ce qui est généralement le cas.

L'impossible concordance (sauf à bidouiller) entre les totaux des annexes 6 et 9 et le Compte de résultat prévisionnel et/ou réalisé de l'EPRD/ERRD entraîne des rejets des EPRD/ERRD.

Les annexes 6 et 9 pour les EHPAD doivent être abandonnées ou profondément remaniées.

## **Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)**

En application de l'article R.314-20 du CASF issu du décret du 22 octobre 2003, les programmes d'investissement et les emprunts font l'objet d'un plan pluriannuel de financement (PPF) sur 5 ans.

Ce PPF fait l'objet d'une présentation distincte des propositions budgétaires pour l'exercice à venir (N+1) qui doivent être transmises avant le 31 octobre de l'exercice précédent (N)

Ce PPF est approuvé de façon tacite ou explicite dans les 60 jours qui suivent sa transmission dans les formes fixées par l'arrêté modifié du 22 octobre 2003. Présenté dans le cadre de l'élaboration d'un CPOM pour 5 ans, il était validé à la signature dudit CPOM. La DGAS avait aussi préconisé de substituer à ce PPF l'engagement à respecter les équilibres financiers énoncés à l'article D314-205 du CASF.

Le décret n°2019 du 21 décembre 2016 a ajouté dans cet article R.314-20 du CASF, la référence à l'article R.314-210 du CASF relatif à l'EPRD ce qui a pour conséquence de soumettre le PGFP aux mêmes règles que le PPF en matière de présentation distincte et de délais d'approbation.

Contrairement à l'EPRD sanitaire des établissements de santé publics ou privés, l'article R.314-213 du CASF et l'arrêté du 18 juin 2018 érigent le PGFP en sixième composante de l'EPRD médico-social devant être ré-approuvé chaque année le 30 avril ou dans les 30 jours suivants la tarification automatique « à la ressource » (et non les 60 jours prévus à l'article R.314-20). Il y a donc des contrariétés entre l'article R.314-20 et l'article R.314-213 qu'il faut lever.

Notons que l'approbation du PPF était justifiée par la prise en compte des surcoûts en dotations aux amortissements et en frais financiers (annexe 8 de l'arrêté du 22 octobre 2003), alors que la tarification « à la ressource » n'en tient pas compte

Sous l'impulsion des comptables publics et de la DGFIP, les établissements publics sociaux et médico-sociaux ont été exonérés de la transmission du PGFP avec l'EPRD annuel par l'instruction interministérielle n°DGCS 5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 relative à l'EPRD qui fait donc fi de l'article R.314-213.

Pour les établissements privés à but non lucratif, les autorités de tarification et de contrôle continuent d'exiger la transmission chaque année du PGFP avec l'EPRD pour approbation dans les 30 jours. Il y a là une inégalité de traitement illégale entre, d'une part, le secteur sanitaire et social, et d'autre part, entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif (les établissements médico-sociaux commerciaux n'ont pas de PGFP)

Aussi, des PGFP initialement approuvés sont remis en cause les années suivantes, avec des rejets de dépenses, ce qui entraîne une insécurité financière. Il y a de la part des départements des rejets de précaution sans motivations, ce qui devrait avoir pour effet

d'obliger l'ARS à fixer elle-même cet EPRD avec PGFP en application de l'article R.314-226. Mais il s'agit bien là d'une formalité substantielle impossible pour l'ARS.

Pour la clarification, la simplification et la sécurisation de toutes les parties, il conviendrait donc :

- De séparer la présentation et l'approbation du PGFP de l'EPRD/ERRD ;
- D'aligner les délais d'approbation et la durée de validité du PGFP sur la durée du CPOM.