



La Cndepah a pris connaissance cette semaine des propositions de l'assemblée des départements de France (ADF) en faveur d'un « approfondissement du bloc médico-social ».

La conférence souhaite réagir fermement à ces propositions qu'elle considère à contre-courant du sens de l'histoire.

En effet, renforcer le positionnement des conseils départementaux, dans le cadre d'une nouvelle phase de décentralisation, est un modèle que la Cndepah ne veut pas voir retenu. Pour les raisons suivantes :

1. son inefficacité :

Le Co pilotage, la dualité de tarification renforcée il y a désormais presque 20 ans à la faveur de ce que l'on appelait déjà à l'époque la réforme de la tarification, ont montré les limites d'un modèle dont le Rapport Libault nous appelle à sortir.

Il s'agissait d'une part, en 2001, de parvenir à une répartition plus équitable entre les contributions des usagers et les dépenses de soins: n'oublions pas effectivement que les usagers, par la conséquence d'une insuffisante médicalisation des effectifs, payaient au travers de leur prix de journée, une partie des dépenses de soins moins socialisée qu'aujourd'hui. La réforme de la tarification a eu ce mérite d'augmenter significativement les crédits de médicalisation et donc de permettre de revoir fortement à la hausse les effectifs soignants. De permettre donc de passer d'un modèle très hospiciel à l'Ehpad. De passer du 19^{ème} siècle directement au 21^{ème}...

Il s'agissait d'autre part de socialiser davantage les dépenses des Ehpad par la création de l'APA, dans cette même logique de renforcement des effectifs soignants.

Mais au fond, au-delà de l'ambition louable, en confiant la tarification des Ehpad à deux entités, aux logiques et aux modes de fonctionnement très différents, s'est mis en place un modèle tarifaire complexe et inefficace :

Les clefs de répartition, dont notamment celle concernant les aides-soignants, ont été arbitrairement définies, emmenant des conflits d'autorisations de créations de postes : là où l'ars pouvait autoriser, dans le cadre d'un ONDAM volontariste au cours des premières conventions tripartites, les conseils départementaux n'ont pas toujours suivi. Et parfois, l'inverse a été tout autant constaté quand les conventions tripartites étaient à l'arrêt.

Les taux d'évolution, années après années, n'ont pas obéi aux mêmes logiques, générant des évolutions de recettes non identiques par section tarifaire, alors même que certaines dépenses étaient partagées....

Comment élaborer une politique et une stratégie d'investissement quand les affectations de résultats sont autorisées pour partie par l'Ars et pour l'autre, le conseil départemental ?

Comment construire un plan de financement, dans le cadre d'une opération de reconstruction/rénovation d'un établissement, avec deux financeurs aux logiques et aux temporalités différentes ?

Comment signer un CPOM qui puisse réellement intégrer une dimension stratégique et structurante dans ce tripartisme insuffisamment convergent ?

La Cndepah appelle à des mesures de simplification, devant concourir à un management plus efficace et plus structurant des établissements. Et cela passe nécessairement par la fusion des sections soins et dépendance qui n'est que la conséquence technique de l'attribution des missions de programmation, de structuration de l'offre et de tarification entre les mains d'une seule entité.

Et l'on peut donc comprendre que l'ADF souhaite revendiquer le renforcement de son bloc de responsabilité.....

Mais la double lecture, dont l'évidence peut difficilement être réfutée, des réformes de ces 20 dernières années d'une part et du mouvement qui est en cours d'autre part, nous oblige à une toute autre conclusion.

2. les iniquités de territoire

En 1997 naissait la prestation spécifique dépendance, dispositif précédant l'APA.

Les seuils, le recours sur succession, l'exclusion du GIR 4 ont constitué des limites majeures au développement de cette prestation. Mais, c'est aussi une dispersion importante des montants, laissés à la détermination des départements, qui a enterré ce dispositif. La Drees avait dressé le bilan de ces disparités, tant pour le domicile qu'en établissement.

D'une certaine manière, et plus récemment, la réforme de la tarification mise en œuvre par les décrets de décembre 2016 a permis de mettre en lumière à nouveau des disparités importantes entre départements dans le financement de la dépendance : la valeur moyenne du point Gir départemental n'est rien d'autre que le reflet de son volontarisme politique. Le seul mérite de la réforme du financement de la dépendance a été de permettre de photographier cet effort et d'en mesurer les écarts : de 5,68 à 9,47 pour les extrêmes, une moyenne de 6,1 pour les 10 départements les moins élevés, et de 8,1 pour les 10 départements les plus élevés, soit tout de même une différence de 33% !

Confier la tarification à l'unique conseil départemental, c'est accepter à nouveau ce risque, ce que la Cndepah n'accepte pas.

3. Une Organisation cohérente du territoire :

Au moment où l'on parle parcours, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées, où l'on tente de réduire en permanence la fracture sanitaire/médico-social, où la loi d'organisation et de transformation du système de santé ambitionne de structurer le paysage, notamment de celui de la proximité, appelant le rapprochement des hôpitaux de proximité, des établissements médico-sociaux et des acteurs de la ville, comment imaginer que ces établissements demain continuent à relever de gouvernances différentes ?

Comment imaginer une matrice institutionnelle qui, au lieu de renforcer sa dynamique horizontale, de parcours, renforcerait sa dimension verticale, confortant l'organisation en silos, décriées depuis plus de 40 ans ?

Comment imaginer que des Ehpad autonomes soient rattachés aux conseils départementaux et que les Ehpad hospitaliers ne le soient pas ?

Comment imaginer refonder le modèle de l'Ehpad et appeler à plus d'intégration dans l'offre de territoire et scléroser tout à la fois son organisation par un Co pilotage dont on connaît aujourd'hui les grandes limites ?

Comment imaginer que les équipes de direction, voire les équipes globalement, relèvent de la FPT au sein des établissements médico-sociaux autonomes (ou plus autonomes d'ailleurs !) et de la FPH pour les établissements

sanitaires, y compris de proximité, qui hébergent par ailleurs des activités identiques ? Les statuts des personnels, plutôt que de concourir à une fluidité appelée de nos vœux, constitueraient en l'espèce de nouvelles rigidités. C'est totalement à contre-courant du mouvement de ces dernières années.

La Cndepah ne souhaite aucunement opposer les institutions, ni condamner l'action des conseils départementaux, qui peut s'illustrer par des initiatives locales riches, ni d'ailleurs parer de toutes les vertus les ARS.

La Cndepah n'invite pas à supprimer toutes les compétences des conseils départementaux en matière médico-sociale : ils doivent conserver l'évaluation et l'octroi des aides individuelles, notamment.

Mais la Cndepah affirme que le Statu quo n'est pas envisageable.

La notion de chef de file, définie par la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, reste très fragile juridiquement. Et amène, de part une définition insuffisamment claire, des ambiguïtés dans le pilotage du secteur médico-social.

La Cndepah appelle à ce que le projet de loi grand-âge simplifie la gouvernance du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées, et confie cette gouvernance aux ARS.

La Cndepah appelle de la même manière, et pour les mêmes raisons de cohérence globale, à ce que les SSIAD, SAAD et SPASSAD suivent ce même mouvement.

La Cndepah appelle aussi à ce que les ARS prennent la juste et stratégique mesure de l'organisation du secteur médico-social.

Pour la Cndepah, Emmanuel SYS, président.

contact.cndepah@gmail.com

06 75 23 25 27

ⁱ DREES, Etudes et Résultatsmédic, n°13, avril 1999