

Vieillessement : une grande loi ? Oui mais pour quoi faire ?

“ La remise du rapport « Grand âge, le temps d'agir », coordonné par Dominique Libault, le 28 mars, a déclenché l'habituel sursaut d'intérêt médiatique pour la question du vieillissement. La concertation a mobilisé les parties prenantes dans un grand nombre de groupes de travail. Une consultation sur Internet a été conduite. Ce ne sont pas moins de 175 propositions qui apparaissent dans ce rapport. On nous annonce une « grande loi » à l'automne. La dernière en date a seulement quatre ans et promettait déjà d'« adapter la société au vieillissement ». Tous les rapports précédents auraient d'ailleurs pu mettre en exergue « le temps d'agir ».

Nul doute qu'il y aura matière à légiférer dans l'avalanche de propositions du rapport Libault, pour certaines excellentes et bienvenues. Pas sûr cependant que la compréhension globale des enjeux et leur prise en compte dans l'espace public gagnent grand-chose à ces exercices réguliers de compilation des desiderata du secteur.

Il est important de comprendre pourquoi une réforme à la hauteur des enjeux n'a pas été entreprise jusque-là et ce sur quoi il convient d'agir.

Pourquoi une loi ?

S'il s'agit, comme d'habitude, d'empiler les dispositifs et de décrire en détail les organisations que les acteurs de terrain pourront ou devront mettre en place ou « expérimenter », décidons d'emblée de faire l'économie de la « grande loi » et renvoyons ce qui est nécessaire aux lois annuelles de financement de la Sécurité sociale.

Il faut rappeler ici l'essence de la loi : autoriser, interdire, orienter le système. Non pas godiller.

Oui, donc, à l'idée d'une « loi autonomie ». Mais si, et seulement si elle est l'occasion de décrire un financement pérenne de la prise en charge pour les prochaines décennies. Si elle fixe le cadre d'une régulation nouvelle et d'une gouvernance territoriale rénovée et unifiée. Si elle revendique et traduit dans les faits la place de l'utilisateur, non seulement pour orienter l'utilisation des ressources publiques mais pour attester de la qualité. Si elle confère des droits concrets aux aidants. Pour tout le reste, il conviendra de s'abstenir. Au nom de la clarté et de la cohérence.

Le mur financier

La difficulté à distinguer la montée en gamme légitime de la prise en charge, la solvabilisation des bénéficiaires et l'impact de la démographie tétanise les pouvoirs publics depuis des lustres. L'effort de

clarification en la matière est une partie de la réponse aux questions que se posent légitimement nos concitoyens. Il fait partie de la construction de la solution politique.

Pas sûr qu'en l'espèce le débat soit vraiment éclairé.

Le chiffre de 9 milliards d'euros a été évoqué et largement repris à la suite de la publication du rapport Libault. Deux remarques à ce propos.

Un tel effort avant même que le choc démographique véritable (celui qui commence précisément en 2025-2030, avec l'arrivée à l'âge de la dépendance des premières générations du baby-boom) ait débuté, laisse songeur sur la facture en 2040-2050. Soit on insiste sur le nécessaire rattrapage des moyens et sur la question du reste à charge, ce qui revient à reconnaître que la démographie n'est pas un déterminant clé à un horizon de court-moyen terme. Soit on met en avant la démographie, et alors on resitue les échéances pertinentes et les vrais enjeux financiers. Une échéance à 2030 entretient la confusion. Peut-être n'est-ce pas involontaire.

Par ailleurs, comme à l'accoutumée, on parle alternative au domicile et développement des formes intermédiaires d'accueil mais l'essentiel des moyens sont concentrés sur l'hébergement durable : personne ne récusera l'idée qu'il faut traiter le sujet de l'encadrement en EHPAD et celui du reste-à-charge mais le signal envoyé est clairement celui de l'institutionnalisation, alors même qu'un doute légitime existe sur la pérennité du modèle d'EHPAD bâti dans les années 1990-2000. Les réactions élogieuses des acteurs du secteur de l'hébergement à la sortie du rapport Libault traduisent cette priorité dans l'allocation des moyens.

Les moyens de financer tout cela

Peut-on sérieusement alléguer un besoin de financement complémentaire à hauteur de 9 milliards d'euros, encore une fois à l'entame du mur démographique, sans avancer avec la même précision sur les dispositifs de financement ?

Il y a derrière cela des choix d'opportunité et des choix de doctrine. Recycler la CRDS fait partie de la première catégorie. Réfléchir sérieusement à la question du financement oblige à parler un peu doctrine.

C'est en cela que le prisme évoqué initialement par le Président de la République, celui du 5ème risque (certes surgi d'un passé plus ou moins éloigné), était intéressant. Mais il y a deux versions au moins du 5ème risque : une version instrumentale, qui ne voit que l'intérêt bien compris d'un alignement sur le secteur du handicap et l'opportunité de puiser dans la poche profonde de la Sécurité sociale ; une version plus réfléchie, qui pose les principes de financement, s'efforce de distinguer les différents risques de Sécurité sociale (maladie, vieillesse, famille,... autonomie) et de travailler leur articulation et consiste au fond à réfléchir à un modèle de protection sociale du 21ème siècle qui prenne pleinement en compte les problématiques de l'autonomie. Comme le dit Denis Piveteau, le cinquième risque « est un risque de protection sociale qui est né de l'effritement des solidarités de proximité – et donc de l'individualisme croissant des comportements – mais qui se nourrit aussi de cet individualisme dans sa face créatrice. »¹. Ce qui signifie notamment qu'il faut articuler – mais de façon spécifique – solidarité collective et autonomie des individus.

¹ Denis Piveteau, « Le cinquième risque de protection sociale, continuité ou rupture », Les tribunes de la santé, 2005/2 <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-2-page-67.htm>

On n'a pas bâti jusqu'à présent de modèle de financement global de la prise en charge de la dépendance et on continue de s'en remettre à des découpages conventionnels (domicile/établissement, soin/dépendance/hébergement) pour définir la part des différents financeurs, les contraintes de soutenabilité budgétaire conduisant à augmenter la contribution des usagers, subrepticement, en laissant dériver les tarifs, voire, pendant des années, en occultant soigneusement la connaissance qu'on pouvait en avoir.

Si on considère les ressources publiques mises en œuvre, elles sont conséquentes (une trentaine de milliards d'euros) mais dispersées en termes de contributeurs : l'assurance maladie en premier lieu, en direct ou via la CNSA, les départements pour l'APA et l'aide sociale à l'hébergement, mais aussi le budget de l'Etat via les dépenses fiscales, ou encore les allocations logement. Cette dispersion nuit assurément à la régulation et à une tarification équitable. Les ressources privées sont mobilisées via la participation au plan d'aide à domicile (dans le cadre du ticket modérateur de l'APA) ou via (principalement) le tarif hébergement en établissement, les réductions ou crédits d'impôt venant pour partie refinancer ces participations. Autrement dit, on ajuste la part de l'utilisateur pour ne pas toucher aux grands équilibres... et on répare les dégâts ainsi causés à coup de dépenses fiscales, qu'on peine à évaluer.

Cela est-il durable ? A l'évidence non. Et ce pour plusieurs raisons : la trajectoire des revenus de pension des retraités et l'augmentation des reste-à-charge (indexés sur les coûts salariaux), les difficultés financières des départements, sans parler évidemment de la croissance des effectifs. Les brèches seront de plus en plus béantes et il serait vain de prétendre les colmater avec des expédients...

Dans ces conditions, il faut certes définir une ressource pérenne, dynamique (à la mesure des besoins de solvabilisation publique) et pas seulement à l'horizon 2030 mais il faut aussi et surtout bâtir un nouveau cadre de régulation.

Changer de logique : vers une allocation personnalisée et unique

Venons-en d'emblée à la conclusion : il faut rendre le pouvoir à l'utilisateur en bâtissant une allocation à l'autonomie personnalisée et unique.

Les règles d'autorisation et de financement², combinées avec la dispersion de la gouvernance et des tutelles, concourent aujourd'hui à figer les prises en charge : on finance les structures et chaque structure n'a d'autre ambition que de persévérer dans son être, avec l'appui de sa tutelle. La prudence des autorités en charge de la planification, hésitant en permanence entre satisfaire les besoins sur les territoires et satisfaire les porteurs de projets, et le cloisonnement des financements créent des situations économiquement non optimales : pénuries ici, rentes de situation là, liées aux autorisations ou au statut de l'établissement ou du service, marchés de niche...

Il faut donc changer de registre d'action publique et revenir à la logique originelle d'une allocation à la personne (qui fut celle de l'APA) – en lieu et place du financement des structures : à niveau de besoin de prise en charge donné doit correspondre une certaine dotation individuelle au titre de la solidarité publique (sans préjudice de possibles tickets modérateurs prenant en compte les revenus courants et le patrimoine).

² A partir d'intentions louables, les modifications de la tarification en établissement mises en œuvre fin 2017 ont démontré, si besoin était, les limites des réformes paramétriques pilotées depuis le centre (l'administration centrale) : celles-ci ne vont pas sans effets pervers sur les maillons faibles du secteur, qui obligent à des adaptations, ... lesquelles font perdre le sens des réformes.

Cette allocation a vocation à rassembler l'ensemble des ressources aujourd'hui mobilisées par la collectivité au titre de la prise en charge des personnes âgées (prévention de la perte d'autonomie, aide à domicile, soins de long terme à domicile ou en établissement, aide à l'hébergement), ce qui suppose de faire masse de financements aujourd'hui cloisonnés (allocations versées par les départements, dépenses d'assurance maladie, dépenses fiscales, dépenses budgétaires, allocations logement...).

Cette allocation autonomie doit être financée sur une base nationale et gérée par la CNSA. La dotation allouée sur cette base aux acteurs du territoire, en fonction des choix des usagers, doit tenir compte des besoins et des ressources de ceux-ci mais aussi de la « richesse » des territoires et du « pouvoir d'achat » de l'allocation. Ce qui suppose évidemment de renforcer les études sur tous ces points et... de mettre en œuvre un intense effort de péréquation dans la durée...

L'« allocation autonomie » est aussi une chance donnée à la prévention : la prévention précoce des maladies susceptibles de retentir sur la vie des séniors en termes d'incapacité, la promotion de la santé au grand âge, la prévention des chutes, l'aménagement des lieux de vie... Toutes ces actions, tous ces dispositifs sont généralement sous-calibrés, disséminés en termes d'opérateurs ou de financeurs. Doter les individus des moyens d'agir sur leur santé future et les accompagner dans cette démarche est la meilleure façon d'armer la prévention.

Pour ne pas sacrifier l'innovation...

La question des moyens d'encadrement en établissement est légitime et la trajectoire passée d'évolution de ceux-ci est sans équivoque : elle a au mieux suivi l'évolution des besoins (évolution des effectifs et charge en soin). Il faut donc renforcer les moyens humains... sans pour autant figer l'allocation des ressources et sans concentrer celles-ci sur l'hébergement durable.

En outre, l'un des grands risques lorsque les pouvoirs publics mettent en place des moyens supplémentaires tient au besoin de réassurance budgétaire qu'ils ressentent (« il faut tenir l'enveloppe et éviter les dérapages »), lequel a tôt fait de renforcer la normalisation et de dissuader l'innovation : autrement dit, on veut bien mettre des moyens mais on ne va pas en plus stimuler l'originalité. Foin de l'innovation, il faut faire rentrer tout le monde dans des cases...

Il est donc essentiel de coupler renforcement des moyens et diversification de l'offre et, pour cela aussi, de donner le pouvoir à l'utilisateur.

L'impératif qualité

En matière de soins de long terme, la question de la qualité est souvent à l'origine des débats. Rarement à la conclusion.

La non-qualité, la maltraitance sont assurément de préoccupations majeures. Mais qu'a-t-on fait au juste depuis des années pour s'assurer concrètement de la qualité de la prise en charge à domicile et en établissement ?

Plutôt que de renforcer sans cesse les normes d'allocation budgétaire en période d'expansion des dépenses, c'est sur le terrain de la qualité qu'il faudrait agir. Or en ces matières, on est très loin du compte. Que sait-on de la qualité de tel établissement ou de tel prestataire de service à domicile ? Comment est-elle évaluée, attestée, communiquée aux principaux intéressés, les usagers et leurs familles ? Dans quelle mesure est-on capable d'évaluer la valeur ajoutée des moyens alloués en termes de qualité de la prise en charge ?

La Haute autorité de santé vient tout juste d'être saisie de la mission de concourir à l'accréditation des établissements d'hébergement. Il était temps. Il existe des éléments traceurs de la non-qualité et il est temps de s'en servir. Par exemple en matière de prise en charge médicale (quid de la surveillance des interactions médicamenteuses par exemple ?), en matière managériale (quid du turn over ou de l'absentéisme ?), en matière d'organisation des parcours (quid des partenariats réels avec la ville ou avec l'hôpital ?). Il est aussi possible, comme on le fait pour les maladies chroniques désormais, de recueillir l'expérience de la personne aidée à domicile ou hébergée ou l'expérience des proches (pour autant qu'on ne décrète pas a priori que cette expérience ne saurait être prise en compte). La qualité ne saurait se résumer à un indicateur ; elle se révèle sans doute à travers un faisceau d'indices... encore faut-il faire l'effort de les relever.

La question territoriale

Peut-on enfin sérieusement renouveler la doctrine d'intervention sans avoir l'ambition de clarifier la question de l'organisation territoriale ?

Aujourd'hui, le cadre d'action n'existe pas : au niveau central, les administrations sont dispersées, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a des marges d'action restreintes ; au niveau décentralisé, l'action concrète est dépendante de la mobilisation respective de l'agence régionale de santé (ARS) et des départements, de leur action conjointe et des relais de proximité qu'ils trouvent ; faute de ligne d'action cohérente, faute de responsabilités assumées, cela entretient la dispersion des acteurs, les opérateurs de coordination plus ou moins utiles et l'invisibilité sur les performances.

Dans le schéma proposé d'allocation unique à la personne, les acteurs territoriaux de proximité (communes/intercommunalités) sont guichet unique pour les particuliers et les familles et mobilisent en leur nom l'allocation autonomie.

On dispose d'un modèle intéressant avec l'accueil de la petite enfance. Selon le mode d'accueil choisi par les parents, la collectivité se fait discrète (en matière de garde à domicile), coordonne (les assistantes maternelles) ou organise et pilote directement une partie de l'offre à travers les crèches, que la gestion de celles-ci soit assurée en régie ou sous forme de délégation de service public.

Dans le champ de la dépendance, la diversité des prestations (prévention / aide / soin / hébergement temporaire ou durable), celle des statuts d'intervention des professionnels (en gré à gré, sous forme mandataire ou sous forme prestataire), celles des structures (publiques, privées non-lucratives et privées commerciales) plaident pour la souplesse d'intervention de la collectivité locale, tantôt coordinatrice, tantôt opératrice ou contractante dans un cadre clair avec des opérateurs (marchés de prestations ou délégation de service public). Tout cela conduit, soit dit en passant, à sortir de la tarification administrée très prégnante dans le secteur... Et cela ne sera pas la moindre des évolutions à faire consentir aux budgétaires...

A l'échelon intermédiaire, le département – ou la métropole – est l'autorité organisatrice de la prise en charge, chargée donc de la planification de long terme et de la régulation de l'offre. A moins que l'on préfère s'en remettre pour cette fonction de régulation – au sens fort du terme – à un tiers dont ce serait la mission.

A partir du moment où le rôle de chacun est clair, on n'est pas tenu d'avoir le même schéma de gouvernance partout sur le territoire mais il faut en finir avec les formes de dyarchie (département/ARS) ou la confusion des rôles (lorsqu'on est à la fois planificateur, financeur et parfois même opérateur).

Dans ce schéma, la CNSA a une série de responsabilités conformes à sa vocation originelle : mobiliser de l'expertise pour le paramétrage de l'allocation individuelle, définir un cadre de péréquation national et une action de lissage des dotations dans le temps, bâtir un cadre de contractualisation avec les acteurs territoriaux, contribuer à la régulation du système de prise en charge (et à l'organisation des marchés), en lien avec les autorités organisatrices décentralisées. Elle est mandatée, dispose de l'autonomie opérationnelle et doit rendre des comptes sur chacun de ces registres. Elle a les caractéristiques d'une agence : expertise spécialisée, autonomie, moyens d'agir, évaluation sur les résultats.

On a esquissé ici quelques principes. Il conviendrait que les acteurs confrontent leurs arguments sur les options de déploiement opérationnel. Il y a matière. Redisons-le : sur un tel enjeu, c'est le rôle de la loi de cadrer les choses à ce niveau, c'est le rôle de la concertation de préparer les arbitrages. Pour tout le reste, abstenons-nous et laissons faire les acteurs plutôt que de les embarquer dans une énième excursion à Lampedusa.

LISA

