

La régulation du secteur médico-social : entre planification et décentralisation

L'évolution du nombre de personnes âgées et de leurs besoins au cours des prochaines années représente un défi pour le secteur médico-social et pour la société. La planification devra permettre une offre suffisante, de qualité, dont le financement doit d'ores et déjà être envisagé. Cela en tenant compte de la décentralisation opérée depuis quelques années.

Stéphane Le Bouler
Chargé de mission,
Centre d'analyse stratégique

L'enchaînement des missions qu'il nous a été donné de conduire au Commissariat général du plan, puis au Centre d'analyse stratégique, est intéressant. La première visait à estimer le nombre de places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en 2010, 2015 et 2025. La seconde élargissait le propos à toute la gamme de services, à domicile et en établissement, en vue de donner sens au principe de libre choix des personnes âgées et de leurs familles face à la dépendance. Ce déplacement opportun obligeait non seulement à prendre en compte l'ensemble de l'équipement médico-social, mais aussi les possibilités de demeurer en milieu de vie ordinaire, les préoccupations des personnes âgées en termes de déplacement, d'accessibilité des équipements publics et commerciaux, de maintien du lien social.

Une fois confrontées à la dépendance lourde, les exigences des personnes âgées et de leurs proches finissent par rejoindre celles des professionnels : elles ont trait à la qualité, aux capacités d'encadrement, à la montée en gamme des équipements, revendications légitimes de consommateurs exigeants.

La volonté des personnes âgées de préserver leur autonomie n'est pas un vain mot. Elle place les enjeux de la « prise en charge » au sein de la société, au cœur de la cité. Elle crée des obligations en termes de compréhension des besoins, de planification, de programmation des moyens, de formation des personnels.

On mesure trop souvent les défis du grand âge en termes d'effectifs à prendre en charge. Sans vouloir minimiser le problème quantitatif en lui-même, l'enjeu est avant

tout celui de la régulation : moderniser la gestion du secteur en même temps qu'on renforce ses moyens, donner tout son sens à la planification stratégique et faire vivre la décentralisation.

Les traits d'une régulation moderne

La thématique du « maintien » ou du « soutien » à domicile a trop souvent été employée pour masquer les besoins de prise en charge professionnelle. Les exercices qui, dans une tradition bien ancrée, reprennent l'objectif de développer le maintien à domicile sont sujets à caution. Cette suspicion est légitime lorsqu'il s'agit par là, pour la collectivité, de se défausser sur les proches, de se focaliser sur les ressources mobilisables à court terme et de jeter un voile pudique sur les enjeux — notamment de financement — de la prise en charge.

On relèvera simplement que l'objectif d'un soutien à domicile de qualité est un objectif largement partagé (la comparaison internationale le prouve), qu'il correspond — on l'a dit — à l'objectif des personnes concernées et que viser l'articulation de ressources diversifiées n'est pas un médiocre objectif.

L'approche traditionnelle de la planification privilégie les catégories simples, les objets normés et si possible peu nombreux, accessibles à une programmation et à une diffusion de type industriel. Le nombre de places d'Ehpad est un objet légitime de préoccupation des décideurs et des professionnels. À condition de se donner les moyens d'une connaissance fine du parc et des besoins territorialisés, la planification des ressources en la matière n'est pas insurmontable : les

équipements sont relativement standardisés (en particulier du fait des normes en usage), les coûts connus (dans des intervalles de confiance corrects). Disséminer des équipements hors-sol sur le territoire n'est pas très compliqué. Le travail devient plus délicat lorsqu'on réfléchit à l'ancrage de cet équipement dans l'espace, aux possibilités de structurer une gamme de services à partir de ces infrastructures, à leur insertion dans une filière de prise en charge — du domicile ordinaire à l'hôpital — qui préserve la réversibilité des parcours des personnes, aux ressources humaines qu'il convient de prévoir et d'articuler (personnel soignant salarié et libéral par exemple)...

La configuration du secteur de la prise en charge des personnes âgées rend sans doute celui-ci encore plus hermétique aux mots de la régulation que ne peut l'être le secteur sanitaire : consommateur, voire client, régularité de la concurrence, rôle des prix, recherche de la performance, péréquation... Autant de mots largement tabous. Les traits de la gestion administrée du secteur avaient leur cohérence : le contingentement de l'offre (à travers un régime d'autorisation à la fois étendu et éclaté) se faisait en échange de garanties offertes aux opérateurs en place (administration des prix et garanties de financement), quitte à être peu regardant sur les performances et la qualité et, par construction, à générer des rentes.

Le développement des services à la personne dans une logique plus concurrentielle, l'im-mixtion du secteur privé commercial, le souci d'efficacité des financeurs (aiguillon paradoxalement encore bien faible), les règles de la concurrence et les exigences des personnes hébergées et de leurs familles font aujourd'hui évoluer le secteur, ses opérateurs et ses outils de gestion. L'enjeu est clair : il s'agit de réussir une sortie par le haut (relever à la fois le défi quantitatif et qualitatif), l'alternative étant une déperdition de moyens publics, renforçant les déséquilibres territoriaux au lieu de les résorber, tolérant une dispersion très grande en termes de qualité de la prise en charge.

Le sens d'une planification stratégique

Il y a plusieurs façons de voir le développement des rapports d'expertise globale sur un secteur tel que la prise en charge de la dépendance. Les uns pointeront le décalage entre l'affichage d'amples préoccupations de long terme et des efforts de programmation à court terme souvent plus modestes. D'autres y reconnaîtront la maturation d'une politique publique, peu à peu « conscientisée », de plus

en plus soucieuse des effets systémiques, entrant elle aussi, peu à peu, au-delà des effets d'annonce, dans l'ère de la régulation et conséquente en matière de répartition des compétences.

Conformément à la commande du ministre, les échéances retenues dans le rapport du Centre d'analyse stratégique concernaient le moyen terme et le long terme : 2010, 2015 et 2025. Quel que soit le degré d'anticipation de la programmation publique, il faut bien distinguer les échéances : la capacité d'engagement d'un gouvernement (par-delà les échéances électorales) peut inclure l'échéance à quatre ans, dans le cadre d'un plan pluriannuel, nécessitant confirmation dans les lois de financement annuelles.

Au-delà, de quoi s'agit-il ? Avant tout de se donner des repères pour l'action, une chance d'articuler planification et programmation, à l'échelon central et sur les territoires.

Trois exemples montreront l'importance d'un tel exercice.

Dans le rapport de juin 2006, en termes d'investissement, nous avons pointé la nécessité d'opérer un vaste effort de renouvellement du parc. Une fourchette a été définie pour encadrer le financement à envisager : 150 000–300 000 places. Compte tenu des coûts unitaires actuels des restructurations lourdes et d'hypothèses d'évolution des coûts de la construction, cet effort a été évalué à l'horizon de vingt ans entre 14,15 et 29,3 milliards d'euros (constants). Une telle évaluation n'engage évidemment pas le décideur à un horizon si lointain. Son intérêt est de mesurer l'enjeu (et de le relativiser : les coûts de fonctionnement sont incommensurables), d'envisager sur des bases plus claires la contribution des différents financeurs (et de mesurer le coût pour l'État d'un éventuel abondement qui viendrait en atténuation des charges supportées par les usagers) et de considérer l'articulation de ces investissements avec les politiques de conventionnement et de péréquation.

À l'instar du rapport de la Cour des comptes mais sur des bases différentes, le rapport du Centre d'analyse stratégique a par ailleurs cherché à évaluer le coût d'un renforcement substantiel des capacités d'encadrement professionnel en établissement et à domicile (auprès des personnes isolées pour ce qui est de l'aide à domicile et par l'entremise d'un développement considérable des services de soins infirmiers à domicile). Globalement, suivant les hypothèses retenues, les coûts à domicile augmenteraient de 5,1 % par

an sur la période 2005-2025, les coûts en établissement de 2,3 %. Les effectifs concernés passeraient de quelque 610 000 personnes (estimation 2005) à 1 060 000. Compte tenu des départs en retraite et cessations anticipées d'activité, ce sont près de 350 000 postes qui seraient à pourvoir dans le secteur pour la seule période 2005-2015. L'évaluation physique et l'évaluation financière donnent là encore des repères. Compte tenu des besoins de recrutement, la question de l'attractivité des métiers du grand âge prend tout son sens.

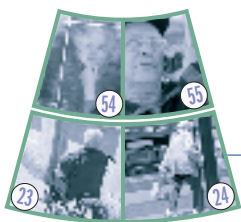
Dernier exemple : le développement de l'assurance dépendance. L'évaluation globale des coûts à laquelle le rapport a procédé permet de repérer la contribution potentielle des différents financeurs : essentiellement l'État et l'assurance maladie (*via* la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), les départements et les usagers (ou leurs familles). L'ampleur des besoins et les contraintes pesant par ailleurs sur les finances des collectivités publiques montrent clairement que au-delà des vœux pieux, il ne sera pas possible de se passer de cette troisième composante (autre chose est de chercher à rendre la répartition des charges entre usagers plus équitable). C'est ici que le potentiel de développement de l'assurance dépendance prend son sens, à côté des possibilités de mobiliser différemment l'épargne individuelle. Le développement de l'assurance dépendance est une perspective de long terme, dans un registre d'accumulation convergeant avec la croissance des besoins. Les possibilités qu'a l'État de favoriser ces produits se situent dans ce cadre : consentir aujourd'hui des dépenses ou des pertes de recettes (fiscales) pour bénéficier d'une atténuation de charges à long terme.

Planification et décentralisation


La correction des déséquilibres territoriaux, à toutes les échelles, est l'un des défis les plus pressants du secteur.

À l'échelle nationale et en usant de la litote, on peut considérer que les mesures nouvelles (autorisations de places, politique de médicalisation des établissements, programmes de restructuration) ne sont pas toujours dirigées vers les territoires les moins bien dotés.

Il y a à cela plusieurs explications : un défaut de connaissances tout d'abord et le recours à des indicateurs trop frustes (taux d'équipement par rapport à une population peu ciblée, taux par ailleurs non consolidés la plupart du temps, c'est-à-dire traitant de façon juxtaposée des différents éléments de la gamme) ; la médiocrité des outils de



programmation et d'allocation de moyens jusque-là utilisés; le cloisonnement des exercices de planification sanitaire et médico-sociale; plus globalement, une politique de court terme ne permettant pas de concevoir la correction des déséquilibres territoriaux dans une perspective pluriannuelle. Le rôle désormais imparti à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les outils qui sont les siens (en termes de connaissances, de programmation consolidée, d'articulation des échelles et des échéances) laissent entrevoir des progrès pour les années à venir.

Sauf à envisager une nouvelle étape de la décentralisation (qui rendrait les départements compétents y compris sur la partie soin, voire leur conférerait pleine responsabilité à travers la perception de la ressource), le défi du moment est la consolidation d'une division du travail « éclairée » entre l'État et la collectivité départementale. La loi de décentralisation d'août 2004 a conféré au département la responsabilité de la coordination gérontologique. L'enjeu est à la fois le développement d'exercices de planification départementaux de qualité (la responsabilité des schémas gérontologiques était jusqu'alors partagée, c'est-à-dire non assignée), la diversification et la consolidation de l'offre de services (pour cela, le rapport du Centre d'analyse stratégique propose que la responsabilité des départements englobe l'ensemble des dispositifs d'aide à domicile, que les personnes âgées soient dépendantes ou non) et la capacité de porter les innovations au plus près du terrain (en particulier dans l'articulation avec les autres politiques publiques — logement, handicap, notamment). 

tribunes

Les démences séniles sur la prise en charge

L'augmentation considérable du nombre de personnes de plus de 75 ans atteintes de démence implique un développement des aides spécifiques : centres de dépistage, accueil spécialisé, accompagnement de l'entourage...

La médiatisation de la maladie d'Alzheimer (la plus fréquente des démences du sujet âgé) et celle de la dépendance des personnes âgées par deux canaux souvent parallèles peuvent donner l'impression à un public non averti que ces deux problèmes sont complètement distincts et indépendants, l'un étant considéré comme une maladie et l'autre comme un problème social. Les récentes politiques publiques concernant la dépendance des personnes âgées d'une part et la mise en place du plan gouvernemental sur les démences d'autre part peuvent également concourir à renforcer cette impression. Or le retentissement sur l'autonomie fonctionnelle des maladies chroniques qui accompagnent le vieillissement est le point central de la prise en charge des personnes âgées. Les états démentiels, comme tout état chronique, entraînent une perte d'autonomie fonctionnelle des personnes. Celle-ci, évaluée en termes d'incapacités selon la Classification internationale des handicaps de l'Organisation mondiale de la santé, est la base du concept de dépendance. L'incapacité est la conséquence d'une déficience et est à l'origine d'un potentiel désavantage social en fonction de l'environnement et des ressources du sujet. Elle est habituellement décrite à travers plusieurs domaines : les activités de la vie quotidienne (AVQ) comme la toilette, l'habillement ou l'alimentation, les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), tâches plus complexes comme l'utilisation du téléphone ou des moyens de transport, et les restrictions de mobilité. Il existe une hiérarchie entre ces

Joël Ankri

Professeur des universités,
université de Versailles
Saint-Quentin-en-Yvelines, groupe
hospitalier Sainte Périne (APHP)