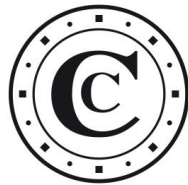


Cour des comptes



LES SERVICES DE SOINS À DOMICILE

Une offre à développer dans une stratégie
territorialisée de gradation des soins

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Décembre 2021

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES	5
SYNTHÈSE	9
RECOMMANDATIONS	15
INTRODUCTION	17
CHAPITRE I UNE OFFRE À DOMICILE À DÉVELOPPER À PARTIR D'UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES BESOINS ET DES COÛTS	19
I - DES COMPARAISONS INTERNATIONALES TROP FRAGILES POUR CARACTÉRISER LA POSITION DE LA FRANCE EN MATIÈRE D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE OU DÉGAGER DES MODÈLES TRANSPOSABLES	20
A - Un constat de faiblesse de la part des soins de longue durée à domicile en France insuffisamment étayé	20
B - Des expériences étrangères inspirantes mais pas directement transposables	22
II - UN RENFORCEMENT DE L'OFFRE À DOMICILE INSUFFISANT POUR RÉALISER UN « VIRAGE DOMICILIAIRE » ET CORRIGER LES INÉGALITÉS TERRITORIALES	23
A - Un développement avéré de l'offre de services	23
B - Une part de l'offre de services à domicile encore minoritaire et dont le développement ralentit depuis 2015.....	24
C - Des inégalités d'implantations persistantes.....	26
III - LA NÉCESSITÉ D'UN PILOTAGE STRATÉGIQUE DE L'ENSEMBLE DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ POUR DÉVELOPPER UNE OFFRE ADAPTÉE	28
A - Une nécessaire connaissance des besoins et des coûts pour doter les pouvoirs publics d'outils de pilotage des dépenses	28
B - Une régulation qui doit prendre en compte l'ensemble des dépenses de santé afférentes à la dépendance des personnes âgées.....	32
CHAPITRE II UNE FORTE UTILITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS SOIGNANTS À DOMICILE AUPRÈS DE PUBLICS FRAGILES, À MIEUX VALORISER POUR EN OPTIMISER LA GESTION	41
I - LE SSIAD, UNE ALTERNATIVE PERFORMANTE À L'EHPAD, POUR LES PERSONNES ÂGÉES QUI NE NÉCESSITENT PAS UNE PRÉSENCE CONTINUE DES PROFESSIONNELS DU SOIN	41
A - Le Ssiad, une alternative conditionnelle à l'Ehpad pour un public dépendant.....	42
B - Les Ssiad, un facteur intéressant de gradation des soins selon le besoin de la personne prise en charge.....	45
II - LES SERVICES DE SOINS À DOMICILE POUR PERSONNES HANDICAPÉES, OUTILS EFFICACES DE MAINTIEN DES PATIENTS EN MILIEU ORDINAIRE	49
A - Des Samsah positionnés sur l'accompagnement des personnes isolées et souffrant de déficiences multiples à forte composante psychique	49
B - Des Sessad surtout centrés sur un public d'âge scolaire, insuffisamment investis sur les diagnostics précoces et les accompagnements vers le milieu professionnel	51
C - Des prestations à forte composante éducative mais dont le rôle dans l'accès aux soins reste indispensable	55

III - UN DÉCOMPTE DE L'ACTIVITÉ MAL ÉTABLI, QUI GÊNE L'ÉVALUATION DU SERVICE RENDU	60
A - Une mesure de l'activité à adapter à son niveau de complexité	60
B - Le développement nécessaire du contrôle de gestion interne.....	63
IV - DES AMÉLIORATIONS À PROMOUVOIR DANS L'ORGANISATION DES SERVICES	64
A - Les amplitudes d'ouverture, un sujet déjà traité pour les Ssiad, à améliorer pour les Sessad.....	64
B - Une multitude de services de petite capacité à regrouper	66
C - Assurer des prestations de qualité	67
 CHAPITRE III PROMOUVOIR L'OFFRE DE SERVICES EN RENFORÇANT SON EFFICIENCE	 73
I - UNE EFFICIENCE DES SERVICES À RENFORCER EN ORGANISANT DES RÉPONSES TERRITORIALES INTÉGRÉES ET GRADUÉES.....	73
A - Faciliter les parcours en structurant le secteur médico-social.....	73
B - Une intervention des services à mieux articuler avec celles des médecines de ville et hospitalière	78
C - Des accompagnements à prolonger au-delà du soin.....	83
II - UN FINANCEMENT À ADAPTER À L'ACTIVITÉ DES SERVICES	85
A - Les financements des Ssiad et des Spasad contraints par des enveloppes fermées, en cours de révision	85
B - Le financement des services pour personnes handicapées à faire évoluer pour promouvoir la qualité des interventions	88
III - UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES À CONFORTER.....	90
A - Un effet ciseau entre des besoins croissants en personnel et le manque d'attractivité du secteur.....	91
B - Les problèmes de salaires partiellement traités par les accords dits du « Ségur de la santé ».....	93
C - Des conditions de gestion des ressources humaines à conforter	95
LISTE DES ABRÉVIATIONS	99
ANNEXES	101

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 13 septembre 2019, en application de l'article LO. 132-3-1 code des juridictions financières, d'une demande d'enquête sur « les prises en charge en santé à domicile ». Par une lettre du 1^{er} octobre 2020, le Premier président a précisé les modalités d'organisation des travaux demandés à la Cour, dont le lancement a été notifié aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 19 novembre 2020, 24 mars et 8 avril 2021. L'enquête couvrait 3 volets :

- une comparaison internationale à partir d'études réalisées par l'OCDE ;
- l'établissement de constats et de prévisions sur l'offre de services ;

- une analyse des données d'activité des services remontées par les caisses – caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – dans le cadre des enquêtes de coûts des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes handicapées (Serafin-PH), des tableaux de bord des indicateurs de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) pour 2019 et de la mise en place de l'outil Resid-ESMS. Les données collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) pour le compte de la CNSA ont été fournies au centre appui métier (CAM) de la Cour et ont pu être analysées par l'équipe de contrôle. Fondées sur des bases déclaratives et un manuel de remplissage complexe, ces données apparaissent robustes pour les Ssiad, plus fragiles concernant les services de soins accompagnant les personnes en situation de handicap, notamment du fait du nombre restreint de ces structures dans les échantillons. L'accès à Resid-ESMS n'a pas été possible, malgré les demandes répétées de l'équipe et du président de la sixième chambre, car la Cnam n'a inscrit l'élaboration de l'outil que dans sa programmation du second semestre 2021. L'exploitation des données collationnées au niveau national a permis de mieux cerner le fonctionnement des services et leurs publics. Pour autant, il est apparu utile de compléter la démarche par des questionnaires « qualitatifs » qui ont été diffusés auprès de leurs adhérents par les fédérations qui ont spontanément proposé cette démarche. Ce dispositif a cependant souffert du contexte de crise sanitaire et de la pression mise sur les services par leurs autorités de contrôle et de tarification pour renseigner des demandes ponctuelles destinées à orienter les crédits mis à leur disposition. Il est donc apparu nécessaire de corroborer les tendances constatées au travers du contrôle de quelques gestionnaires. Des notifications ont été adressées à des organismes tant publics que privés gérant des services médico sociaux et des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). Compte tenu du travail réalisé à partir des données centralisées, l'ambition n'était pas de constituer un échantillon représentatif mais de pouvoir appuyer les analyses sur des réalités concrètes du terrain. Les services ont été choisis pour leur implantation dans deux régions, l'Île-de-France et l'Auvergne-Rhône-Alpes, et plus précisément dans quatre départements, deux urbains (respectivement Paris et le Rhône), et deux rurbains/ruraux (respectivement la Seine-et-Marne et l'Allier) pour tenir compte de l'impact de l'environnement et des stratégies mises en œuvre par les autorités de contrôle et de tarification, dans la réalisation des prestations.

Enfin, la crise sanitaire a eu un impact significatif non seulement sur le contrôle - empêchant les contrôles sur place - mais surtout sur l'activité des services et de leurs autorités de contrôle et de tarification, donnant à l'année 2020 un caractère atypique (ce qui a été confirmé par les opérateurs). Les données nationales les plus récentes concernant l'exercice 2019, il est donc apparu pertinent de tracer les évolutions jusqu'à cette date pour apprécier les performances des structures. Une annexe reprend les principaux constats posés sur l'impact de la crise.

Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu, avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), d'une part, la CNSA, d'autre part, le 13 juillet 2021.

Un relevé d'observations provisoires a été communiqué aux fins de contradiction à 21 destinataires par courrier du 30 juillet 2021.

Le projet de rapport a été délibéré le 14 octobre 2021 par la sixième chambre, présidée par M. Morin, président de chambre, et composée de M. de La Gueronnière, conseiller maître étant contre-rapporteur, M. Rabaté, Mme Hamayon et M. Seiller, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, Mme Sylvie Boutereau-Tichet, conseillère référendaire, M. Thierry Grignon, rapporteur extérieur et Mme Alice Lapray, rapporteure extérieure.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, MM. Morin, Andréani, Mme Podeur, MM. Charpy, Gautier, Mme Démier et M. Bertucci, présidents de chambre, MM. Martin, Meddah, Lejeune, Advielle, Mmes Bergogne et Renet, présidents de chambre régionale des comptes, ainsi que Mme Hirsch, Procureure générale, a été consulté sur ce rapport le 8 novembre 2021. Le premier président en a approuvé la publication le 14 décembre 2021.

Synthèse

Quatre catégories de services, les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) sont l'objet du présent rapport. Ce sont des structures médico-sociales spécialisées dans le soin et l'intervention au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap.

Un virage domiciliaire souvent annoncé, encore peu abouti

Les études internationales, principalement celles réalisées par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), dressent le tableau d'une France dans laquelle l'accompagnement des personnes âgées dépendantes est principalement effectué au sein des structures d'hébergement collectif.

Une caractérisation imparfaite du retard français dans le soin à domicile

Ce constat doit cependant être traité avec prudence : les comparaisons internationales s'appuient sur des notions insuffisamment définies et prennent mal en compte les contextes différents – institutionnels, démographiques, géographiques etc. Quelques estimations incomplètes fragilisent de surcroît la portée des conclusions. Certaines expériences étrangères peuvent cependant inspirer les orientations à donner à la politique française mais elles ne sont pas directement transposables. En tout état de cause, ces études ne peuvent servir à caractériser un retard français dans l'accompagnement à domicile. Tout au plus peut-on relever que le nombre de places en institutions médicalisées, rapporté à la population des personnes de 65 ans et plus, reste stable en France quand il diminue dans les pays nordiques.

Une offre très majoritairement institutionnelle

En France, les pouvoirs publics privilégient, depuis 2005, le « virage domiciliaire », en réponse aux souhaits d'une part grandissante de la population qui risque à court ou moyen terme d'être confrontée à une perte d'autonomie, ou qui l'est déjà *via* ses ascendants, et à la demande des personnes en situation de handicap. La réalité de l'offre de soins continue pour autant d'être marquée par la prégnance de l'accueil en établissement même si la part des services de soins à domicile a progressé, notamment pour les personnes âgées dépendantes et les jeunes handicapés. Cette évolution est le résultat des grands plans nationaux qui ont sensiblement augmenté l'offre, mais dont l'arrivée à échéance entraîne un net ralentissement des créations de places au cours des quatre dernières années. L'ouverture de places nouvelles n'a permis, ni de concrétiser le « virage domiciliaire » annoncé, ni d'harmoniser les taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux.

Une collecte de données foisonnante mais peu utilisée stratégiquement

À ce jour, il n'existe pas d'analyse des besoins qui permette de planifier une offre ajustée. Pourtant, les études et les données relatives au secteur médico-social se sont multipliées au cours des dernières décennies. Conçues dans une logique tarifaire et de manière essentiellement statistique, elles se bornent, pour l'essentiel, à décrire l'existant et ne permettent aucune appréciation qualitative des besoins, ni même celle des performances relatives des diverses modalités d'accompagnement (notamment en termes de passages aux urgences hospitalières évitables). L'exploitation de la base de données Resid-ESMS, qui permet le chaînage des dépenses des usagers des services dans les trois secteurs de santé (médecine de ville, structures médico-sociales, établissements de santé), a pris du retard, la Cnam ne l'ayant inscrite à son programme de travail qu'au second semestre 2021 alors que les résultats devaient en être connus fin 2019. Contrairement à Resid-Ehpad qui l'a précédé, cet outil, essentiel pour la régulation médicale globale des dépenses, doit être largement diffusé auprès des décideurs nationaux mais également des autorités de tarification locales et des gestionnaires, afin de mesurer les performances de l'accompagnement médico-social et de pouvoir orienter les prises en charge de manière plus efficiente.

Un choc démographique qui appelle un effort effectif de créations de places à domicile

Avant toute accentuation du « virage domiciliaire », le choc démographique lié au vieillissement de la population nécessitera la création d'un nombre important de places de services à domicile, uniquement pour maintenir les taux d'équipement et la part du domicile à leur niveau actuel.

Le constat d'un coût deux fois moindre pour les dépenses publiques de l'accompagnement à domicile par rapport à la prise en charge en établissement doit être relativisé. En effet, il n'est établi que lorsque l'on compare l'ensemble de l'offre d'aide à domicile, délivrée essentiellement par des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) qui assurent des prestations de ménage et d'aide à la vie quotidienne, à des institutions médicalisées, dotées de médecins et de personnels soignants qualifiés. En revanche, les coûts publics sont commensurables si l'on restreint la comparaison aux soins techniques, comme le démontre la Cour en comparant les dépenses publiques moyennes par place entre Ssiad et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Une régulation à étendre aux soins de ville

Plus encore qu'en établissement, les soins à domicile qui relèvent du champ médico-social se situent à la croisée des secteurs de la médecine de ville et des établissements hospitaliers. L'évaluation des dépenses associées à ces soins doit donc dépasser le seul cadre de l'objectif global des dépenses médico-sociales (OGD), et la recherche de la performance s'appliquer à l'ensemble des enveloppes. Or, si l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) médico-social et l'Ondam hospitalier ont fait l'objet de régulations fortes, l'Ondam des soins de ville constitue un point de fuite qu'il apparaît nécessaire de mettre sous contrôle. En particulier, les dépenses d'actes infirmiers de soins (AIS) - qui correspondent à des soins d'hygiène - dont la Cour des comptes avait déjà relevé l'inégalité de répartition sur les territoires et souligné la corrélation avec la densité des infirmiers libéraux, doivent faire l'objet d'un encadrement plus ferme.

Des services de soins à domicile, outil pertinent d'un parcours de soins gradué

L'accompagnement en Ssiad ou Spasad, alternative efficace à l'Ehpad, pour des personnes dépendantes qui bénéficient d'un entourage social aidant

Les Ssiad sont essentiellement fournisseurs de soins de base et relationnels prodigués par des aides-soignants et permettent une délimitation efficace des tâches entre les professionnels assurant la prise en charge.

À ce jour, les infirmiers salariés sont généralement affectés à l'encadrement des aides-soignants, à la coordination avec les autres producteurs de soins, à l'évaluation de la situation des personnes et à l'élaboration des plans de soins. Les actes techniques infirmiers sont majoritairement effectués par des infirmiers libéraux conventionnés. Une prise en charge en Ssiad est cependant difficilement compatible avec une aggravation de la sévérité des cas, en l'absence de proches aidant. L'expérimentation des Ssiad « renforcés » permet d'assurer la prise en charge de personnes plus dépendantes mais, compte tenu de leur coût élevé, les places afférentes devraient être réservées à des situations aiguës transitoires.

Pour mieux adapter les soins délivrés aux besoins réels des personnes et éviter des interventions multiples de nature comparable (les trois-quarts des patients de Ssiad disposeraient en parallèle d'une aide professionnelle à domicile), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) doivent être développés, sous réserve de financer les temps de coordination nécessaires à leur bon fonctionnement et en les dotant des personnels susceptibles de mettre en place des mesures de prévention (psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.).

Des missions d'accompagnement des personnes en situation de handicap à préciser

Les Samsah se divisent entre services prestataires et services coordonnateurs des soins. Pour les uns comme pour les autres, les dimensions éducatives et d'accompagnement social sont les plus importantes en volume, mais les actions conduites au titre des soins sont déterminantes pour leurs patients et doivent rester valorisées.

Au vu des données nationales, les Samsah apparaissent cependant moins comme un sas d'entrée dans le secteur médico-social que comme un outil d'accompagnement vers les soins et de maintien dans le milieu de vie ordinaire de personnes en risque de rupture sanitaire et/ou sociale. L'hétérogénéité des missions prévues par la loi ne facilite toutefois pas la compréhension de leur positionnement.

Les Sessad permettent aux familles de bénéficier d'un accompagnement en soins « tout compris », sans déplacement ni reste à charge. Ils sont focalisés sur l'accompagnement des classes d'âge soumises à l'obligation scolaire. Pour autant, ils ne permettent pas d'éviter totalement la déscolarisation, sujet qui devrait être traité de façon prioritaire. L'insuffisance d'accompagnement des plus jeunes devrait être atténuée par l'avancement de l'âge de la scolarisation obligatoire et corrigée par la réforme des autorisations qui abaisse les âges limites de prise en charge. Mais il restera à assouplir les conditions d'interventions des Sessad en ouvrant notamment la possibilité de réaliser des prestations avant notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Pour les plus âgés, l'accompagnement doit être mieux articulé avec leur insertion dans un parcours professionnalisant, dont l'offre doit par ailleurs être développée, en milieu ordinaire et adapté.

Des modalités de fonctionnement qui doivent être plus transparentes

Les services de soins à domicile sont confrontés à la question pendante de la mesure de leur activité. Si les actes de soins techniques sont décrits par les nomenclatures générales des actes professionnels (NGAP) applicables aux professions de santé libérales, ce n'est pas le cas des soins de base. La composante sociale des interventions est, quant à elle, difficile à mesurer. Pour ce faire, il est indispensable d'aller au-delà des travaux menés sous l'égide de la CNSA, qui ont permis d'établir une nomenclature des prestations, mais qui encadrent insuffisamment les productions de données. La mesure de l'activité sur la base de la file active et le recueil d'informations plus qualitatives doivent être systématisés. À cette fin, le programme « ESMS numérique » doit être mené à bien et des outils d'organisation du travail, visant à optimiser les interventions des personnels, élaborés.

L'organisation des services continue d'appeler une action énergique : les amplitudes horaires doivent être adaptées aux besoins des publics fragiles. C'est particulièrement vrai pour les Sessad, qui doivent pouvoir intervenir sur les temps périscolaires. L'accent doit être également mis sur le regroupement des gestionnaires, encore trop atomisés, de façon à rendre le pilotage de leur gestion administrative et financière plus efficace. L'objectif serait d'atteindre la masse critique suffisante pour proposer plus facilement des temps pleins aux aides-soignants et une plus grande envergure d'activité aux autres professions de santé. Il convient également de garantir la qualité des prestations, ce que la réforme de l'évaluation des services pourra faciliter. La capacité de contrôle des autorités locales doit enfin être renforcée.

Une régulation de ces services à inscrire dans une programmation globale et territorialisée de l'ensemble des soins

Le renforcement de l'offre de service de soins à domicile repose sur un triptyque : la territorialisation de l'organisation des soins ; une allocation de ressources orientée vers la performance des prises en charge ; l'amélioration de la gestion des ressources humaines.

Une performance des services de soins à domicile à renforcer par l'organisation de la gradation des soins dans les territoires

Le renforcement de l'offre sera d'autant plus efficace qu'il s'inscrira dans une logique de gradation des soins et au sein d'écosystèmes de santé intégrés. Les Agences régionales de santé (ARS), par leur capacité à signer des contrats d'objectifs et de moyens avec certains professionnels de santé libéraux, les responsables hospitaliers et les gestionnaires d'ESMS, détiennent les leviers susceptibles de faciliter une meilleure articulation des interventions auprès des patients et la rationalisation des parcours de soins. Il leur revient d'organiser effectivement ces articulations au sein des bassins de vie et, pour ce faire, elles doivent être dotées des outils de connaissance et des moyens nécessaires.

Une adaptation nécessaire du financement des services de soins à domicile

Le financement par dotation globale « historique » emporte une très forte dispersion des tarifs, que l'on ne peut expliquer par des différences dans l'intensité ou la nature des aides apportées.

Les réformes des règles de financement ont échoué continûment depuis plus de 10 ans, notamment, pour ce qui concerne les Ssiad, du fait de l'absence d'un accompagnement financier du changement. Le phénomène du financement conjoint par l'assurance-maladie et le conseil départemental, à l'œuvre pour les Spasad et les Samsah, apparaît moins problématique que l'absence de financement à ce jour des temps de coordination nécessaires entre intervenants.

Un consensus existe sur la nécessité de mettre fin aux dotations historiques des services. Leur tarification doit mieux prendre en compte le niveau de dépendance des patients. Pour ce qui concerne les services pour personnes handicapées, s'il apparaît difficile de les tarifer sur la base d'une évaluation de la dépendance des patients, faute d'outils disponibles à ce jour, il convient d'éviter les effets désincitatifs de la dotation globale et d'identifier, *via* les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), des financements spécifiques complémentaires pour des missions d'intérêt général ou l'accompagnement de « cas complexes ».

Une attractivité des métiers du secteur médico-social à renforcer

L'attractivité des services de soins à domicile se pose particulièrement pour les aides-soignants. Même si les négociations en cours sur les revalorisations de leurs rémunérations devraient déboucher et s'appliquer d'ici 2022, il convient de réfléchir notamment à des modes d'organisation du travail et à une amplification de la promotion interne qui donnent des perspectives de carrière à ces professionnels.

Recommandations

1. Modifier la réglementation afin d'élargir l'accès aux données de Resid-ESMS aux directions d'administration centrale chargées d'élaborer la programmation, à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), afin de permettre leur appariement aux bases de données sur l'autonomie, et autoriser l'accès aux résultats de l'exploitation de ces données pour chaque structure, aux ARS et aux gestionnaires, dans le cadre de l'élaboration des CPOM (*ministère des solidarités et de la santé*).
2. Vérifier la mise en place effective d'un recueil des réclamations des usagers, des déclarations des événements indésirables graves et de contrôles internes et externes de la bientraitance (*Agences régionales de santé*).
3. Compléter les indicateurs existants afin de mieux mesurer l'activité des services de soins et normaliser les comptes rendus transmis aux ARS (*ministère des solidarités et de la santé et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*).
4. Introduire, dans les contrats entre le ministère et les ARS, un objectif quantifié relatif au développement des coordinations territoriales entre les établissements et services médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé exerçant dans des structures d'exercice coordonné ainsi que les moyens afférents (*ministère des solidarités et de la santé*).
5. Mettre en place un financement des services de soins à domicile adapté à la sévérité des prises en charge, avec une révision régulière de la mesure de la dépendance dans le cas des personnes âgées selon un processus d'accord tacite, qui intègre un volet lié à leur performance et tienne compte des temps de coordination nécessaires à l'efficacité de leur fonctionnement (*ministère des solidarités et de la santé et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*).
6. Faciliter les perspectives de carrières des aides-soignants, notamment l'accès à la profession d'infirmier, et inciter à un aménagement de leurs modalités d'emploi tel qu'il réduise les temps partiels subis (*ministère des solidarités et de la santé*).

Introduction

Les services médico-sociaux prodiguant des soins recouvrent quatre catégories de structures : les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) qui accompagnent les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap, les personnes ayant des pathologies chroniques ou lourdes, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) pour les enfants handicapés et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).

Tous ces services bénéficient de financements de l'assurance maladie. Seuls les Spasad et les Samsah reçoivent aussi des financements des conseils départementaux pour les prestations d'aide à domicile. Les Ssiad interviennent sur prescription médicale ; l'accès aux services intervenant pour les personnes en situation de handicap (Sessad, Samsah) est soumis à une orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Tableau n° 1 : quelques chiffres sur les services de soins à domicile

	Ssiad-Spasad personnes âgées	Ssiad-Spasad personnes handicapées	Sessad	Samsah
Nombre de services	2 125 (dont 1 083 proposant aussi des places pour personnes handicapées)		1 771	453
Nombre de places installées	126 600	6 600	54 100	9 100 (*)
Nombre d'ETP	30 000 à 34 000		14 200	2 750
Dépenses d'assurance maladie en M€	1 673	88	1 053	126

Sources : Drees- Finess (Panorama statistique « Jeunesse-Sport-Cohésion sociale » France 2019 ; Comptes de la santé 2018. Nota : les données sur les Ssiad regroupent les Ssiad et Spasad. Champ : France entière.

(*) Nombre de places obtenu de la CNSA, à l'appui du Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « Autonomie » Annexe 1 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. En regard, l'enquête ES Handicap 2018 de la Drees débouche sur un nombre supérieur avec environ 11 500 places.

Entre soins de ville et séjours hospitaliers, face aux établissements médico-sociaux proposant des hébergements médicalisés et collectifs, les services de soins à domicile occupent une place mal définie.

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics promeuvent le « virage domiciliaire » comme réponse au souhait des Français de vieillir à domicile (en 2019, dans le contexte de la préparation de la loi autonomie, une étude de l'Institut français d'opinion publique (Ifop) a confirmé que c'est le cas de plus de 85 % d'entre eux) ou au désir d'inclusion sociale des personnes en situation de handicap. D'aucuns y voient également la possibilité de répondre à ces problématiques pour des coûts publics qui s'avèreraient moindres qu'en établissements.

Pour autant, l'achèvement de plans nationaux finançant la création importante de lits et de places laisse persister une offre fondée majoritairement sur de l'hébergement collectif médicalisé, et des disparités territoriales importantes. Si la programmation devra faire face au choc démographique prochain, elle doit être réalisée, pour optimiser les dépenses publiques, dans une perspective qui tienne compte de l'ensemble des soins à domicile, au-delà du seul secteur médico-social (chapitre I).

Par ailleurs, pour positionner ces services mal connus dans l'ensemble de l'offre, il convient d'en mesurer les performances et les limites et de renforcer leur efficacité (chapitre II).

Le développement d'une offre de services de soins à domicile performante nécessitera de créer les conditions d'un accompagnement des patients dans leur parcours de soins et de lever des points de blocage déjà identifiés – notamment la tarification des services et le manque d'attractivité du secteur (chapitre III).

Chapitre I

Une offre à domicile à développer à partir d'une meilleure connaissance des besoins et des coûts

La politique d'inclusion sociale des personnes en situation de handicap comme la promotion du bien vieillir à domicile sont souvent traduites par la nécessité de développer les services de soins à domicile dans le secteur médico-social.

Cette volonté, constante depuis de nombreuses années, de renforcer l'offre à domicile, entre en résonance avec le souhait majoritaire des Français de rester à leur domicile en cas de perte d'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou au handicap.

L'arrivée des cohortes du *baby-boom* aux âges où la prévalence de la perte d'autonomie est forte va créer un choc quantitatif majeur sur les besoins. Dans un tel contexte, privilégier, à chaque fois que cela est possible, le maintien à domicile plutôt que l'institutionnalisation paraît nécessaire et suppose un développement de l'offre domiciliaire au plus près des besoins, pour s'assurer notamment de son équité territoriale.

Pour répondre à ces enjeux, les Agences régionales de Santé (ARS), qui exercent localement le contrôle et la tarification des services de soins à domicile, doivent répondre à l'objectif fixé par le ministère des solidarités et de la santé et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de développer ces services par opposition aux structures proposant un hébergement collectif à temps plein. Les réalisations en ce domaine sont suivies par un indicateur qui précise la part des services dans l'offre médico-sociale, avec un objectif de hausse continue de leur part dans le secteur médico-social.

Cette dynamique doit être développée en levant certains présupposés. Ainsi, les comparaisons internationales qui concluent à une faible part relative des services pour personnes âgées dépendantes en France reposent sur des données fragiles et peu harmonisées, de sorte qu'elles ne permettent ni d'affirmer un retard global de la France en matière de désinstitutionnalisation, ni d'établir un modèle de développement (I). Les plans nationaux destinés à renforcer l'offre de services, marque de l'orientation domiciliaire entre la fin des années 2000 et le milieu de la décennie suivante, n'ont corrigé les écarts qu'imparfaitement, notamment pour les adultes en situation de handicap (II). Enfin, la programmation des places nécessaires, notamment pour absorber le choc démographique, doit tenir compte de coûts publics, en réalité assez proches, des deux modalités d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, en hébergement collectif et en soins au domicile, et prendre en compte dans la réflexion la part de l'offre de soins à domicile réalisée par des professionnels de santé libéraux (III).

I - Des comparaisons internationales trop fragiles pour caractériser la position de la France en matière d'accompagnement à domicile ou dégager des modèles transposables

A - Un constat de faiblesse de la part des soins de longue durée à domicile en France insuffisamment étayé

Les comparaisons internationales quantitatives portent sur les soins de longue durée (SLD) qui sont plus ou moins proches, selon les pays, des soins pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Les études internationales sont par ailleurs très largement centrées sur la dépendance des personnes âgées et ne portent que très peu sur le secteur du handicap. Par ailleurs, de manière générale, les comparaisons internationales que réalise l'OCDE sont complexes sur les soins de longue durée, car les contours et les définitions administratives de ce champ varient d'un pays membre à l'autre.

1 - Une part des soins de longue durée faible en France, selon l'OCDE

Les dépenses relatives aux SLD recouvrent une composante de soins et une composante d'accompagnement social. En 2019, les dépenses sur la première composante (soins) s'établiraient en France à 1,8 point de PIB, niveau comparable à celui de la moyenne des pays de l'Union européenne. La seconde composante (sociale) des dépenses de SLD s'avère moins bien renseignée dans le système international des comptes de la santé. Sur ce volet, la France se situerait également dans la moyenne des pays l'ayant renseigné (avec 0,6 pt de PIB qui en s'ajoutant à la composante soins l'amène à 2,4 pts de PIB de dépenses SLD). La France occuperait ainsi une place moyenne sur les deux composantes et donc pour l'ensemble des dépenses garantissant les prises en charge de longue durée des personnes âgées dépendantes.

En revanche, selon l'OCDE, en 2017, la France apparaîtrait en retrait en matière d'accompagnement à domicile, car parmi les bénéficiaires de SLD, 59 % reçoivent des soins à domicile contre 68 % pour la moyenne des pays de l'OCDE. Les pays les plus avancés sur les soins de longue durée à domicile sont essentiellement les pays nordiques (Suède, Norvège, Danemark) et les Pays-Bas.

La Drees¹ estime de son côté à 18 % les dépenses à domicile, contre environ 35 % pour la moyenne des pays de l'Union européenne. La difficile identification de ce qui relève des soins fragilise néanmoins ces constats.

¹ Drees, Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020.

2 - Des comparaisons internationales fragiles

L'OCDE le reconnaît elle-même, la comparabilité des données fournies par les pays est perfectible. En effet, les deux composantes des SLD ne correspondent pas nécessairement aux conventions nationales et laissent des marges d'interprétation importantes (annexe 2). Sur le partage des places entre hébergement à temps complet et domicile, pour la France, la proportion de places en institutions (41 % contre 32 % en moyenne OCDE) est assise sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ce qui constitue une potentielle surestimation. L'Espagne ne retient que les établissements d'hébergement dits « publics », choix qui amène l'OCDE à corriger en la minorant de moitié l'offre en hébergement calculée par les instituts espagnols.

L'OCDE compare aussi les taux d'équipement en places d'établissement. Il ne s'agit pas là de confronter établissements et services mais seulement de mettre en exergue la couverture de la population cible par l'offre de lits d'hébergement médicalisé. Le taux de la France est de 4,91 places pour 100 personnes de 65 ans et plus. Il est supérieur à ceux du Danemark et de la Norvège (respectivement 3,77 et 4,35), mais inférieur à celui de l'Allemagne (5,42) et surtout à celui de la Suède (6,81), ce dernier pays étant pourtant souvent cité comme avancé en matière de soins à domicile. La France occupe donc une place médiane concernant le taux d'équipement en hébergement collectif médicalisé, ce qui infirme l'hypothèse d'une sur-institutionnalisation française des accompagnements. Sur long-terme, cette série montre que les pays du nord ont certes engagé un fort mouvement de désinstitutionnalisation, mais en partant de points historiquement beaucoup plus hauts que la France ou l'Allemagne (annexe 2).

Par ailleurs, l'OCDE, dans son rapport « Panorama de la santé 2019 » affiche un taux d'encadrement en SLD de 2,3 emplois pour 100 personnes de 65 ans et plus en France, deux fois plus faible que celui de la moyenne des pays. Réduit ainsi à environ 300 000 Equivalents temps plein (ETP), le nombre d'emplois retenu par l'OCDE apparaît faible alors que le rapport Libault² décompte 830 000 ETP dans le champ de la perte d'autonomie des personnes âgées (ce qui déboucherait sur un taux d'encadrement à un niveau de 6,3). En réalité, dans les publications de l'OCDE, le taux d'encadrement est estimé pour la France à partir du « *Labour Force Survey* » d'Eurostat (équivalent de l'enquête emploi de l'Insee). Or, cette estimation est largement incomplète, car toutes les catégories de travailleurs sociaux dans le secteur des SLD n'y sont pas identifiées. Les aides à domicile notamment ne sont pas comptabilisées dans le cas de la France.

En définitive, la fragilité des données internationales ne permet pas de confirmer le postulat d'une faiblesse relative des prises en charge à domicile en France par rapport aux pays de l'OCDE. On peut toutefois noter que la France maintient son taux d'institutionnalisation, là où les pays nordiques (Suède, Danemark notamment) le réduisent depuis de nombreuses années.

² Dominique Libault, *175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France*, rapport au Premier ministre, mars 2019.

B - Des expériences étrangères inspirantes mais pas directement transposables

1 - Une gouvernance très décentralisée dans les pays du Nord

Dans plusieurs pays, dont la France, la mise en œuvre des soins de longue durée s'appuie sur une dualité de compétences entre l'État et les autorités locales (conseils départementaux en France) et sur la séparation des secteurs sanitaire et social. Cette organisation ne facilite pas la coordination des parcours de soins.

La gouvernance est plus unifiée dans les pays nordiques, où, dans le respect des orientations budgétaires et réglementaires décidées au plan central, les municipalités organisent et fournissent l'essentiel des soins de longue durée. Cette responsabilité s'accompagne d'incitations. Ainsi, au Danemark, les communes, responsables de l'organisation du retour à domicile après un séjour à l'hôpital, sont encouragées financièrement à y parvenir efficacement. Par ailleurs, le Danemark a professionnalisé la coordination et le suivi des parcours (*care assessor* et *care manager*) et a engagé un virage domiciliaire dans une acception large, le concept de domicile ne se limitant pas au lieu où la personne réside habituellement (annexe 3).

2 - Une forte contribution sociale dans l'accompagnement qui doit être mise en regard des dépenses publiques consacrées aux retraites

Schématiquement, deux modalités sont retenues pour financer les soins de longue durée liés au grand âge. L'Allemagne comme les Pays-Bas financent les soins de longue durée sous forme assurantielle (cotisations), laissant toutefois un reste à charge aux usagers. En Allemagne, ce dernier peut être couvert par les aides sociales (en 2019, 4 Md€ ont été versés à ce titre). Le financement par l'impôt prédomine dans les pays nordiques. Ce sont d'abord les impôts locaux qui sont mobilisés, mais aussi des subventions de l'État (et donc les impôts d'État). Dans ces pays, les utilisateurs des services ont aussi un reste à charge, mais de faible ampleur (de 4 à 5 % en Suède selon une note du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA³).

L'ampleur des dépenses de SLD dans les pays les plus avancés et qui ont le plus développé le soin à domicile doit aussi être mise en regard des dépenses publiques qu'ils consentent pour les retraites. Cette comparaison conforte les constats du rapport Libault, selon lequel les pays qui consacrent la plus grande part de financement public aux soins de longue durée ont une dépense publique (et privée) de pensions moindre que celle de la France. Cette situation résulte du fait que les dépenses liées à l'âge (SLD et retraites) sont plus fortes en France, mais aussi d'une différence d'arbitrage au sein de ces dépenses liées à l'âge, entre celles cherchant à maintenir le niveau de vie en sortie d'activité et celles qui relèvent de la prise en charge de la fragilité liée au grand âge (les parts SLD dans le total « retraites plus SLD » sont respectivement de 27 % en Suède et 28 % et aux Pays-Bas, contre 15 % en France).

³ HCFEA, *Politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales*, mars 2019

Tableau n° 2 : dépenses de SLD et de retraites en France, en Suède et aux Pays-Bas

<i>En pts de PIB (sauf niveau de vie)</i>	Dépenses SLD (composantes sanitaire et sociale)	Dépenses de retraites publiques	Dépenses de retraites privées	Total retraites	Niveau de vie des 65 ans et plus / ensemble de la population
<i>Pays-Bas</i>	3,9	5,2	4,6	9,8	85,6 %
<i>Suède</i>	3,4	7,2	3,1	10,3	85,5 %
<i>France</i>	2,4	13,6	0,3	13,9	103,2 %

Sources : SLD – Comptes de la santé 2019 à partir de OCDE, Eurostat, OMS, SHA / Retraites : Conseil d'orientation des retraites – Panorama des systèmes de retraites en France et à l'étranger – Décembre 2020.

II - Un renforcement de l'offre à domicile insuffisant pour réaliser un « virage domiciliaire » et corriger les inégalités territoriales

A - Un développement avéré de l'offre de services

Plusieurs plans nationaux ont été orientés sur une logique quantitative de création de places nouvelles, afin de renforcer l'offre et plus particulièrement celle des soins à domicile. Cette dynamique a été effective pour les personnes âgées et les enfants en situation de handicap.

Sur le volet des personnes âgées, le plan de solidarité grand âge (PSGA) (2007-2012) a permis de créer 23 935 places supplémentaires fin 2018, soit 72 % de la hausse totale des places de Ssiad entre 2008 et 2018 (champ France métropolitaine). Cependant, le PSGA prévoyait à l'origine d'affecter 52 % des places nouvelles dans les Ehpad et 28 % dans les Ssiad (le reste des places étant partagé entre accueils de jour et hébergements temporaires). Malgré ce déséquilibre, nettement moindre que celui constaté au titre des places existantes (de l'ordre de une place de Ssiad pour cinq lits en Ehpad), le PSGA a tout de même procédé à un léger rééquilibrage entre établissements et services à domicile.

Le plan pluriannuel du handicap (PPH) 2008-2014 et les schémas pour les handicaps rares (2014-2018) – PPH-HR – ont donné la primauté à la création de places de services. Sur le volet des enfants handicapés, 7 905 places en services pour 5 342 en établissements étaient prévues à l'origine. De surcroît, la transformation de l'offre existante qui a consisté à requalifier des places d'institutions – Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (Itep) et Instituts médico-éducatifs (IME) – en places de Sessad a conforté le mouvement de bascule au bénéfice de l'accompagnement à domicile. Ainsi, 18 827 places de services ont été installées entre fin 2008 et fin 2018 (soit + 57 %), dont un peu plus de la moitié au titre du PPH-HR et du troisième plan autisme. En revanche, les réalisations des plans ont été moins marquées sur le segment des places pour adultes handicapés.

L'arrivée à maturité des plans explique le ralentissement des installations de places.

Pour les Sessad et les Ssiad-PA, l'essentiel des plans est réalisé depuis 2015, avec des taux d'exécution (places installées rapportées aux places programmées) proches de 100 %. En

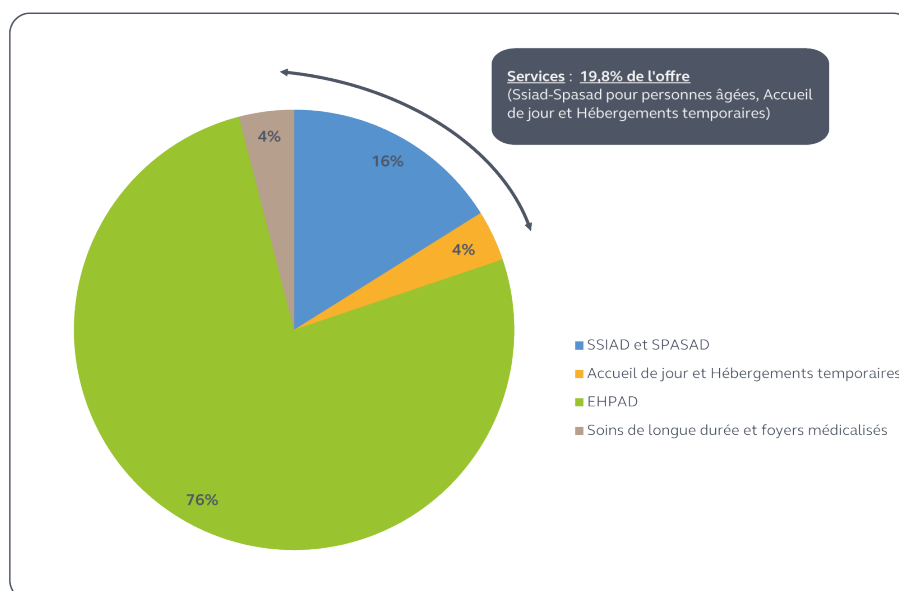
l'absence de nouvelles programmations, les créations sont désormais très faibles. Les dernières campagnes budgétaires ont principalement porté sur la transformation de l'offre existante. Cet attentisme, lié à la perspective d'une réforme est moindre sur le secteur du handicap, où certaines priorités quantitatives subsistent. C'est le cas de la dernière tranche de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, et du démarrage de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement dont les effets devraient jouer au-delà de 2019. À cela s'ajoute la ressource de crédits définis dans des enveloppes diverses, pour des montants assez limités : les crédits dédiés à l'école inclusive (30,6 M€), la « stratégie déconfinement » (75 M€) et les 13 M€ devant servir à développer des réponses de tout type, en 2020.

B - Une part de l'offre de services à domicile encore minoritaire et dont le développement ralentit depuis 2015

À la fin 2019, le paysage restait encore majoritairement institutionnel.

Pour les personnes âgées, on dénombre 908 000 places dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour personnes âgées (hors Saad), dont 788 000 relèvent de structures médicalisées bénéficiant à ce titre de financements de l'assurance maladie. Sur ce champ, les services exerçant au domicile (Ssiad-PA, Spasad) ou les formules intermédiaires (accueil de jour et hébergement temporaire) ne représentent qu'un peu moins de 20 % de l'offre (dont 16 % pour les Ssiad et Spasad).

Graphique n° 1 : places en établissements et services (financés par l'assurance-maladie) pour personnes âgées fin 2019



Sources : CNSA – Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (RE PSS) Autonomie – PLFSS pour 2021

Sur le secteur des personnes en situation de handicap, l'institutionnalisation est également prédominante. Sur l'ensemble des 495 000 places en ESMS, la part des services est minoritaire : 34 % de l'offre pour les enfants et 19 % pour les adultes (hors établissements et services d'aide par le travail – Esat⁵).

Cette faible part de l'offre domiciliaire à la fin 2019 ne doit pas masquer une croissance indéniable des places à domicile durant une dizaine d'années.

Pour les personnes âgées, entre 2006 et 2019, le taux d'équipement⁶ en établissements a reculé (de 107,6 à 101,8 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus). Cette apparente atonie des créations de places tient à des transferts entre types d'institutions : la médicalisation progressive des Ehpad (ex maisons de retraite) a conduit à leur transformation en lits d'Ehpad. En parallèle, l'équipement en Ssiad a crû (le nombre de places en France métropolitaine passant de 81 400 fin 2006 à 124 700 fin 2019 – champ France métropolitaine).

Tableau n° 3 : taux d'équipement institutions et services pour personnes âgées de 2006 à 2019

<i>Taux d'équipement</i>	2006	2009	2012	2015	2018	2019
<i>Institutions (Ehpad-EHPA)</i>	107,6	104,9	103,5	103,6	103,8	101,8
<i>Ssiad-Spasad</i>	16,6	19,2	19,7	20,7	20,4	20,0

Source : données Statistiques : Drees/SAE/Finess/Insee pour les estimations de population.

Champ : France Métropolitaine.

Lecture : en 2019, on compte 101,8 places d'institutions pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

Sur le champ du handicap, le nombre de places de services pour enfants et adolescents s'est accru de près de 80 % (de 29 200 à près de 51 500 places installées, sur le champ France métropolitaine).

Pour les adultes handicapés, les places de Ssiad ont progressé sur les dix dernières années (avec une hausse de 1 200 places en 10 ans) mais restent à un niveau relativement faible. Il est difficile en revanche de se prononcer sur la dynamique des Samsah : dans les séries statistiques, le nombre de leurs places est cumulé avec celui des places en services d'aide à la vie sociale (SAVS financés par les départements et non médicalisés), de sorte qu'on ne peut pas distinguer les contributions de chacune des deux structures à la croissance de l'ensemble. Tout au plus, peut-on indiquer que la part des Samsah est minoritaire dans ce cumul (9 100 places⁷ sur un total de 55 250 places environ de Samsah et SAVS en 2019, sur le champ France entière).

⁵ Bien que financés depuis 2017 par l'assurance maladie, les établissements et services d'aide par le travail (Esat) ne s'inscrivent pas dans une logique de soins, mais visent à favoriser l'intégration professionnelle.

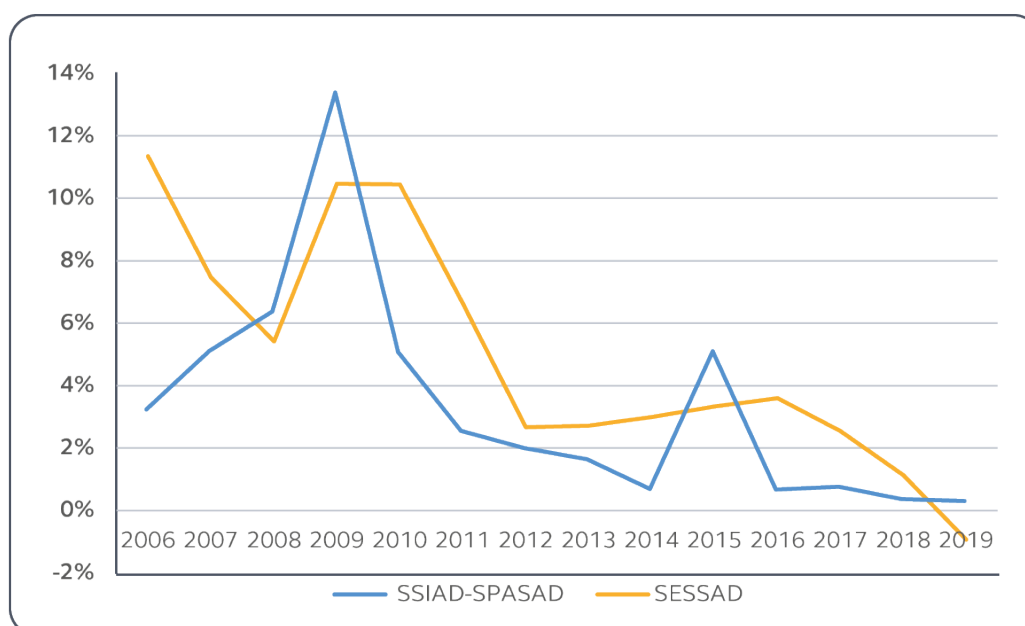
⁶ Le taux d'équipement pour les personnes âgées est mesuré en rapportant le nombre de places installées à la population des personnes de 75 ans et plus.

⁷ Ce nombre de places est obtenu de la CNSA, à l'appui du Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPS) « Autonomie » - Annexe 1 du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2021. En regard, l'enquête ES Handicap 2018 de la Drees débouche sur un nombre supérieur avec environ 11 500 places en Samsah.

À partir de 2015, cependant, le ralentissement des créations de places est très net, notamment pour les Ssiad pour personnes âgées et les Sessad.

Pour les Ssiad-PA, selon la Drees⁸, la croissance des places n'a cessé de s'infléchir (de plus de + 8 % par an de 2007 à 2010, à seulement + 0,5 % de 2015 à 2019). Il en est de même des Sessad dont le nombre de places affiche même un recul en 2019.

Graphique n° 2 : taux d'évolution annuelle des places de Ssiad et de Sessad de 2006 à 2019



Sources : données STATIS : Drees/SAE/FINESS. Champ : France Métropolitaine.

C - Des inégalités d'implantations persistantes

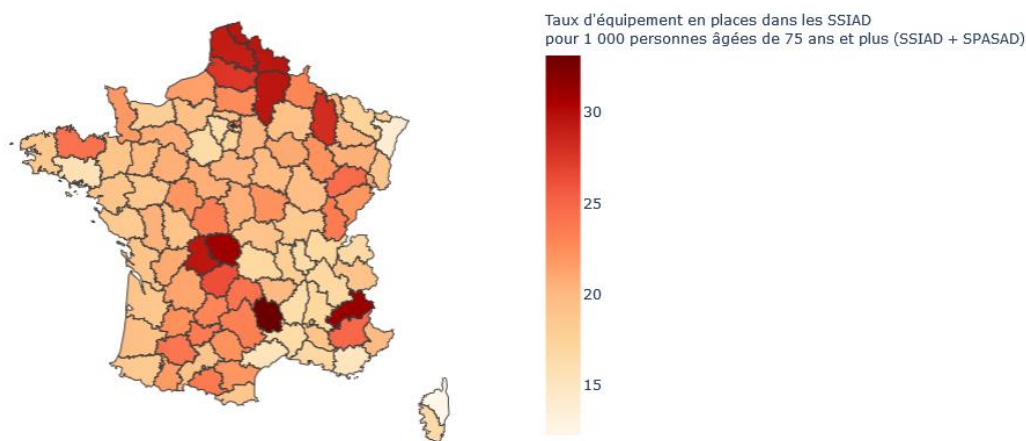
Les services restent inégalement répartis sur le territoire. La réduction de ces inégalités est un objectif suivi par la CNSA⁹. Pour ce faire, elle a recours à un indicateur mesurant la dispersion de la part des places en services dans le total de l'offre, entre départements. Cet indicateur montre que les différences entre départements ont été réduites, plus encore dans le secteur des personnes âgées que dans celui des jeunes handicapés¹⁰. Toutefois, cet indicateur élude la mesure quantitative de l'offre sur le territoire (une part de service peut paraître haute si elle se situe dans un total faible de places d'ESMS ou inversement, de sorte que l'indicateur n'offre aucune vision des disparités en termes de réponses aux besoins).

⁸ Drees, Panorama statistique « Jeunesse-Sports-Cohésion sociale ».

⁹ Cet indicateur figure dans le REPSS annexé aux PLFSS.

¹⁰ La CNSA mesure ainsi la dispersion des parts de services au sein de l'offre totale d'ESMS dans les départements, en rapportant l'écart-type de la distribution à sa moyenne. Plus l'indicateur est bas, la dispersion et donc l'inégalité territoriale sont faibles. Pour une part moyenne de 19 % des Ssiad pour personnes âgées (en France métropolitaine), la dispersion interdépartementale s'est réduite, de 31 % en 2006 à 18 % en 2019. Pour une moyenne de 34 % des Sessad, la dispersion départementale s'est aussi réduite de 31 % à 22 %.

Carte n° 1 : taux d'équipement en Ssiad par département



Sources : Drees – Cour des comptes.

Pour renforcer la mesure des écarts entre départements, il serait souhaitable de la compléter par un indicateur de dispersion de taux d'équipement en services¹¹, en scindant un autre indicateur élaboré par la CNSA sur les taux d'équipement. Alors que le calcul de la CNSA couvre actuellement l'ensemble de l'offre, la distinction pourrait être faite entre taux d'équipement en services et en hébergement, de manière à mieux identifier la couverture de la population par chacun des segments de l'offre. L'évolution dans le temps des inégalités départementales est moins favorable si on retient la dispersion du taux d'équipement en services que si on s'en tient à la lecture de l'indicateur sur la part des services retenu par la CNSA, notamment pour les Ssiad¹².

La dispersion des taux d'équipement en services, fin 2019, reste significative entre départements : selon les calculs de la Cour, en 2019, elle est de 20 % par rapport au taux d'équipement moyen pour les Ssiad et de 24,8 % par rapport au taux d'équipement moyen pour les Sessad. La réduction des inégalités entre départements reste donc un objectif à atteindre.

¹¹ La population retenue dans le taux d'équipement en Ssiad personnes âgées est celle des personnes de 75 ans et plus. Pour les Sessad, il s'agit du nombre d'enfants et adolescents de 0 à 20 ans.

¹² Selon les calculs de la Cour, la dispersion en 2019 pour les Ssiad est de 20 %, position médiane entre son plus bas de 2012 (16,5 %) et son plus haut de 2003 (23,5 %). S'agissant des Sessad, la dispersion s'est légèrement réduite, à 24,8 % en 2019 contre 27,1 % en 2010.

III - La nécessité d'un pilotage stratégique de l'ensemble des dépenses publiques de santé pour développer une offre adaptée

L'adaptation de l'offre nécessite des outils permettant à la fois de connaître les besoins et de cerner l'ensemble des dépenses consacrées aux soins à domicile. Dans le secteur des personnes âgées, elle devra répondre au choc démographique lié au vieillissement de la population et tenir compte des coûts respectifs des établissements et des services.

A - Une nécessaire connaissance des besoins et des coûts pour doter les pouvoirs publics d'outils de pilotage des dépenses

Malgré la réalisation de nombreux outils, la connaissance des besoins est défaillante et celle des coûts, insuffisante, en l'absence d'exploitation des données détenues par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

1 - Une méconnaissance des besoins, de nouveaux outils à développer rapidement

Sur l'ensemble des données publiées, les statistiques sont nombreuses, mais n'offrent pas suffisamment une vision globale ; les données macroéconomiques sont plus appariées dans le secteur des personnes âgées (où de nombreuses études permettent notamment de croiser les données sur les bénéficiaires de l'APA avec celles relatives aux différentes aides associées à ce risque, ainsi qu'avec les dotations en soins des structures de prises en charge) que dans celui du handicap. D'un point de vue plus micro-économique, et centré sur le fonctionnement et l'analyse des coûts des établissements et services, les données sont elles aussi nombreuses, mais souvent fondées sur échantillon et sur une base déclarative¹³.

Les enquêtes sont un peu anciennes mais cependant prometteuses pour renforcer la connaissance nécessaire aux projets et pilotages des politiques publiques.

L'enquête auprès des établissements et services accompagnant des personnes handicapées (dite « ES-Handicap ») est conduite tous les quatre ans par la Drees auprès de l'ensemble des structures pour enfants et adolescents et pour adultes handicapés (12 430 structures enquêtées en 2018). Elle permet de dresser un bilan de leur activité et de décrire leur personnel, ainsi que les personnes qu'ils accompagnent. La plus récente porte sur la situation fin 2018 et s'est traduite par une publication sur « l'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux fin 2018 »¹⁴ en novembre 2020. Elle ne permet pas cependant de comprendre dans le détail les modalités de prise en charge. Une étude décrivant plus précisément les caractéristiques des personnes accueillies sera ultérieurement

¹³ Remontées *via* les outils Import-CA de la CNSA, de statistiques comparatives sur les ESMS : tableau de bord de la performance de l'Anap ; enquêtes nationales de coûts réalisées par l'Atih.

¹⁴ Drees, Études et résultats n° 1170, *L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux fin 2018*, novembre 2020.

publiée par la Drees et des tableaux détaillés des résultats de l'enquête, ventilés par catégorie d'établissements, seront alors disponibles.

L'enquête sur les Ssiad est encore plus ancienne puisqu'elle date de 2009¹⁵. Des études ont bien été réalisées sur les allocataires de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH) mais elles restent assez généralistes et descriptives et ne permettent pas de dresser le tableau des besoins.

Consciente de ces lacunes, la Drees prévoit de constituer une nouvelle base de données individuelles sur l'ensemble des aides relatives au handicap ou à la perte d'autonomie une année donnée (et avec une ou plusieurs années de recul pour certaines prestations), afin d'en permettre une description précise et complète. Cette base statistique, intitulée « Remontées Individuelles sur l'Autonomie » ou « RI-Autonomie », s'appuie sur les données administratives des collectivités territoriales et des caisses de sécurité sociale en charge de la gestion des prestations. La connaissance de l'ensemble des aides permettra notamment de mieux éclairer les cumuls d'aides, ainsi que les bascules d'une prestation à une autre. Exhaustive, cette base RI-Autonomie permettra de travailler et produire des résultats à l'échelle des départements, afin de mettre en lumière les disparités entre ceux-ci.

Les RI-Autonomie seront par ailleurs croisées à d'autres sources statistiques, en particulier avec le dispositif d'enquête « Autonomie »¹⁶, en vue d'études ou de recherches sur les personnes handicapées. Dans le domaine des personnes âgées, des appariements sont prévus avec d'autres données, notamment celles relatives aux pensions de retraite. Un échantillon national d'études sur l'autonomie et l'hébergement des seniors (ENEAS)¹⁷ sera constitué en chaînant plusieurs vagues des RI-autonomie afin de suivre les trajectoires des bénéficiaires des prestations. Elles serviront aussi de base pour des simulations sur les prestations, notamment dans le cadre de projets de réformes. La première collecte sera réalisée en 2022, sur la situation jusqu'au 31 décembre 2021, puis tous les quatre ans.

Ces outils, très intéressants, restent à mettre en place et il est nécessaire d'en faire une priorité. Il est regrettable, en outre, que les dossiers d'évaluation des personnes handicapées (détenus par les maisons départementales des personnes handicapées [MDPH]) ou des personnes âgées (élaborés dans le cadre d'une demande d'APA) ne fassent pas l'objet d'études qualitatives. Elles permettraient de mieux cerner les écarts éventuels entre les besoins et les réponses apportées.

¹⁵ La Drees a réalisé en 2009 une enquête ponctuelle auprès de tous les Ssiad, concernant l'exercice 2008.

¹⁶ Le dispositif d'enquêtes « Autonomie » réalisées par la Drees a pour objectif premier de mesurer le nombre de personnes handicapées selon différentes définitions, de décrire leur état de santé et leurs conditions de vie, et d'analyser les difficultés qu'elles rencontrent dans la vie quotidienne et la participation à la vie sociale. Son deuxième objectif est d'interroger également leurs aidants informels, de façon à mesurer le nombre et le volume d'aide apporté, ainsi que les conséquences de l'aide.

¹⁷ Le projet Énéas a pour objectif de constituer une base de suivi statistique des trajectoires d'entrée dans la dépendance à l'échelle de l'individu, à partir du croisement de données administratives pseudonymisées sur les aides à l'autonomie et les consommations de soin. La population incluse sera l'ensemble des personnes résidant en France âgées de 60 ans ou plus ou un échantillon de cette population, quel que soit leur niveau d'autonomie.

2 - Une vision globale des dépenses de soins à faire aboutir

L'agrégat « Effort national de solidarité pour l'autonomie » (Ensa) publié dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS 2021) (données 2019) a remis à jour le dernier compte de la dépendance de 2017 (données 2014), renouant avec l'élaboration de comptes du handicap dont la publication, très régulière dans les années 2000, s'était ensuite tarie jusqu'en 2017 (données 2014). Il mesure les dépenses publiques, financées par la sécurité sociale, l'État, la CNSA et les conseils départementaux, correspondant aux dispositifs spécifiquement destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap ou d'invalidité. L'Ensa s'est établi, sur le périmètre retenu, à 73 Md€ en 2019.

Un autre outil est déterminant pour le pilotage de l'offre de soins à domicile. Dénommé « Resid-ESMS », il prolonge et généralise à tous les ESMS l'outil Resid-Ehpad mis en œuvre sur ces seuls établissements.

L'outil RESID-Ehpad

L'outil « Resid-Ehpad » développé par la Cnam sur la base du décret 2010-621 du 7 juin 2010 (article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles – CASF), a automatisé la transmission des listes de résidents par l'ensemble des Ehpad à leur caisse pivot d'assurance maladie. Croisée avec le système d'information de l'assurance maladie (système national des données de santé – SNDS), cette information permet de connaître la consommation médicale et les hospitalisations des résidents des Ehpad.

L'outil fait apparaître que les dépenses de soins hors dotation des établissements peuvent s'avérer importantes. La CNSA, à partir des données de Resid-Ehpad, a indiqué qu'en 2016, la dépense médiane des résidents d'Ehpad sur l'enveloppe soins de ville représentait près de 2 500 euros par an et par place, s'ajoutant à la dotation des établissements¹⁸. Les exemples de l'outil appliqué à quelques Ehpad, intégrant les dépenses hospitalières, montrent que ces dépenses complémentaires à la dotation peuvent atteindre près de 5 000 euros par résident et par an¹⁹.

En effet, un décret du 9 mars 2018²⁰ a autorisé la création d'un traitement de données automatisé à caractère personnel relatif à l'activité et à la consommation de soins dans les établissements ou services médico-sociaux. Ce dispositif autorise le suivi de la consommation médicale, du parcours de soins, de l'activité des professionnels de santé libéraux pour les personnes accompagnées par la structure. À l'instar de Resid-Ehpad, il permettra de comparer des données entre ESMS telles que le volume et le type de médicaments, les taux et les durées d'hospitalisations, le niveau de dépenses en soins de ville, consommés par leurs patients. Une telle vision longitudinale est essentielle pour identifier, au niveau macro-économique, les points de fuite dans la régulation des dépenses et, pour chaque structure, les articulations et les sujets

¹⁸ CNSA, « La situation des Ehpad en 2016 – analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en Ehpad », novembre 2017.

¹⁹ Ainsi, pour huit établissements dont le forfait annuel s'élevait en 2018 à un peu moins de 9 900 euros par an et résident, les soins supplémentaires atteignaient 4 850 euros par an et par place (dont 1 900 euros de dépenses hospitalières, un peu plus de 1 000 euros de médicaments, 480 euros de transports et 385 euros de kinésithérapie).

²⁰ Décret n° 2018-173 du 9 mars 2018 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à l'activité et à la consommation de soins dans les établissements ou services médico-sociaux.

à travailler (par exemple, les prescriptions médicamenteuses) pour améliorer le parcours de soins de ses usagers.

Le délai réglementaire pour mettre en œuvre cet outil, fixé au plus tard au 31 décembre 2019, n'a pas été respecté par la Cnam, qui n'est pas en mesure au premier semestre 2021 d'en exploiter les données pour les services à domicile (annexe 4).

De surcroît, il convient de ne pas reproduire les problématiques d'accès à Resid-Ehpad, longtemps refusé aux directions d'administration centrale et à la CNSA et dont les résultats sont restés confidentiels à l'égard des gestionnaires : certes, la Drees, mais pas la CNSA, a pu bénéficier d'un accès en mai 2021 mais les données – anonymisées - ne permettent pas le croisement avec d'autres bases statistiques alors que celui-ci est essentiel pour améliorer la connaissance des parcours et penser la programmation et la répartition des crédits. Par ailleurs, l'outil, au niveau le plus fin, devrait servir à alimenter le diagnostic et les objectifs discutés dans le cadre des CPOM signés avec les gestionnaires d'ESMS.

Aussi, pour atteindre les finalités assignées à Resid-ESMS par l'article R. 314-105-2 du CASF²¹, il convient d'aménager l'accès à ces données actuellement réservé aux organismes gérant un régime de base d'assurance maladie. Au-delà de l'accès à Resid-ESMS, il serait de surcroît utile de modifier la réglementation pour habiliter des personnels des structures d'études comme la Drees à procéder à des appariements avec d'autres bases de données, par exemple celle des aides relatives au handicap et à la perte d'autonomie (RI-Autonomie). Il serait souhaitable également que la Cnam, qui en a les moyens, produise des études sur le parcours de soins des personnes accompagnées en ESMS de sorte à pouvoir outiller les ARS lors de la signature de CPOM visant à organiser l'offre locale et diffuse auprès des gestionnaires d'ESMS les données relatives à leur structure pour qu'ils en améliorent les performances. Faute de disposer de données exhaustives sur la consommation de soins - et les dépenses afférentes - des personnes accompagnées, la Cour n'a pas pu mesurer précisément les performances des services de soins à domicile, notamment quant à l'évitement des hospitalisations et ré-hospitalisations²², alors qu'il s'agit d'une des missions principales assignées aux Ssiad. Il lui a été difficile également de comparer les coûts globaux respectifs des accompagnements en établissements et en services²³.

²¹ Les finalités de Resid-ESMS sont le suivi de la consommation de soins et de l'activité des professionnels tant salariés que libéraux intervenant dans le cadre de la prise en charge en ESMS (1°), mais également la reconstitution de l'ensemble de la dépense d'assurance-maladie effectuée au profit des personnes accompagnées en ESMS, sans limitation de durée, ce qui autorise l'agrégation des coûts avant, pendant et après leur prise en charge en ESMS (2°) et le suivi des parcours de soins (3°).

²² L'un des indicateurs des plans régionaux de santé est la réduction du taux de retour inopiné à l'hôpital des personnes âgées de plus de 75 ans après leur sortie.

²³ Une étude de 2013 effectue une mise en regard des dépenses de ville entre personnes dépendantes à domicile et en établissement. Elle conclut que ces dépenses sont assez proches. Cependant, ne portant pas sur les soins hospitaliers, et surtout excluant les Ssiad du champ du domicile, elle ne permet pas de répondre à la question des coûts additionnels à la dotation en soins dans les Ssiad relativement aux Ehpad (Drees, Dossier Solidarité et santé n° 42, *Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes – Des dépenses comparables en institution et à domicile*, août 2013).

B - Une régulation qui doit prendre en compte l'ensemble des dépenses de santé afférentes à la dépendance des personnes âgées

Même en l'absence des analyses de Resid-ESMS, la programmation de places nouvelles pour renforcer l'offre domiciliaire de soins doit tenir compte des trois aspects suivants : les soins à domicile relèvent des trois principales enveloppes de crédits finançant le secteur de la santé ; dans le secteur des personnes âgées, l'offre devra être en mesure d'absorber le choc démographique au risque sinon d'être en retrait par rapport aux besoins ; les choix de développement devront s'appuyer sur l'estimation des coûts publics à la place comparés entre établissements et services.

1 - Une régulation des dépenses de soins à domicile dispensés dans le cadre de l'exercice libéral à conforter

Les soins à domicile ne sont pas dispensés seulement par les services médico-sociaux. Ils sont également réalisés en secteur de soins de ville, par des infirmiers et autres auxiliaires médicaux et par les établissements sanitaires d'hospitalisation à domicile (HAD) et autres équipes mobiles (de soins palliatifs, de psychiatrie, etc.).

Les dépenses publiques d'assurance-maladie affectées aux ESMS relèvent de l'objectif global de dépenses (OGD), qui cumule l'Ondam médico-social et des concours complémentaires de la CNSA. L'OGD s'élève à 22,3 Md€ en 2019, dont 10,6 Md€ pour les personnes âgées et 11,7 Md€ pour le handicap.

Tableau n° 4 : l'OGD de 2015 à 2019

<i>Montant en Md€</i>	2015	2016	2017	2018	2019
<i>OGD personnes âgées</i>	9,6	9,7	10,0	10,3	10,6
<i>dont établissements</i>	8,0	8,2	8,4	8,6	8,9
<i>dont services</i>	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7
<i>OGD personnes handicapées</i>	9,4	9,6	11,3	11,5	11,7
<i>dont établissements</i>	7,8	7,9	9,6	9,7	9,9
<i>dont services</i>	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8
<i>Total OGD</i>	19,0	19,3	21,3	21,7	22,3
<i>dont établissements</i>	15,8	16,1	18,0	18,3	18,8
<i>dont services</i>	3,2	3,2	3,4	3,4	3,5

Source : CNSA

Note : la hausse de l'OGD personnes handicapées en 2017 tient au transfert depuis le budget de l'État vers l'assurance maladie du financement des Esat.

Au sein de l'OGD, les services représentent 3,4 Md€ (en 2018), dont 3 Md€ relèvent des services à domicile dans le champ de cette enquête²⁴.

²⁴ Le reliquat finance les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), qui assurent des consultations, diagnostics et soins pour les enfants de moins de 20 ans et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), services de dépistage, de cure et de rééducation pour les jeunes enfants (jusqu'à six ans).

Les dépenses d'actes infirmiers de soins (AIS)²⁵ pour les personnes âgées et dispensés par les infirmiers libéraux ne relèvent pas de l'OGD mais de l'Ondam soins de ville. Mesurée sur la base des actes dispensés aux personnes âgées de 75 ans et plus²⁶, cette dépense atteint 2,1 Md€ en 2019, sur le champ France métropolitaine²⁷.

Les dépenses de HAD sont intégrées dans l'Ondam sanitaire et ont atteint 1,1 Md€ (les patients sont à 25 % des personnes âgées de plus de 80 ans)²⁸ (annexe 9 sur la HAD).

Les régulations de ces trois sous-enveloppes répondent à des logiques différentes : l'Ondam médico-social est fixé de façon limitative par le Parlement, l'Ondam sanitaire est soumis à des mises en réserves (crédits bloqués), celui des soins de ville est une enveloppe « ouverte » dont la régulation est faible. Depuis 2015, le respect de l'Ondam global s'est traduit par des sur-exécutions des soins de ville, compensées par des sous-exécutions des établissements de santé, tandis que les dépenses médico-sociales étaient en ligne avec leurs prévisions.

Cette différence de contrainte sur la dynamique des dépenses est patente si l'on compare les évolutions de l'OGD affecté aux services à domicile de personnes âgées et celles des dépenses libérales d'AIS pour les personnes de 75 ans et plus. Entre 2009 et 2019, quand les dotations aux Ssiad croissaient de + 28 %, les dépenses libérales d'AIS augmentaient de + 81 %²⁹. De telles différences d'évolution interrogent, s'agissant de soins très proches ou dispensés souvent de manière coordonnée. Cette situation appelle à une réflexion sur la gradation des soins et les rôles respectifs des Ssiad et des infirmiers libéraux en matière d'actes de nursing pour des personnes âgées dépendantes. Elle pose aussi question quant à la maîtrise globale des dépenses (cf. *infra*).

2 - Des coûts publics moyens proches entre les places en Ehpad et en Ssiad

Au-delà de répondre au souhait majoritaire des Français, la volonté d'un virage domiciliaire repose parfois sur l'idée d'un moindre coût public d'un accompagnement à domicile par rapport à celui réalisé en établissement. Or, si une prise en charge à domicile est moins onéreuse qu'en établissement s'agissant des contributions individuelles des personnes

²⁵ Les infirmiers effectuent deux types de soins : les actes infirmiers de soins (AIS) sont des actes de soins d'hygiène (prévention d'escarres, *nursing*, etc.) ; les actes médicaux infirmiers (AMI) sont des actes techniques (injection, chimiothérapie, etc.).

²⁶ Cette population est utilisée pour la mesure des AIS libéraux, car elle prise comme référence dans la circulaire DGAS/2C/DSS/MCGR/DHOS/O3 n° 2009-05 du 29 janvier 2009 relative aux modalités d'autorisation des Ssiad et leur articulation avec le dispositif de régulation du conventionnement des infirmières libérales. Cette circulaire, indique que la détermination des dotations relatives aux Ssiad « *tient notamment compte du volume d'AIS dispensés aux personnes de 75 ans et plus* ». Elle précise aussi que « *toute nouvelle autorisation de création et toute nouvelle création de place doivent faire l'objet d'un diagnostic et d'une régulation à l'aune des besoins déjà couverts en offre de soins infirmiers* ».

²⁷ Dans l'Ensa, cette dépense est un peu inférieure à 2 Md€, car elle est estimée sur les AIS consommées par les personnes de 80 ans et plus.

²⁸ Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad), *Chiffres clés*, 2019

²⁹ Drees, *Comptes de la santé pour 2019 – Édition 2020* ; Données SNDS. Les dépenses des Ssiad sont passées de 1,31 Md€ à 1,67 Md€ entre 2009 et 2019, soit une hausse de + 28 %. Dans le même temps, les dépenses d'AIS réalisées au profit des 75 ans et plus sont passées de 1,25 Md€ à 2,27 Md€ soit + 81 %.

âgées dépendantes, la situation est plus nuancée concernant les dépenses publiques. La Cour appelle l'attention sur le fait que si les estimations tendent à montrer que l'écart entre aide à domicile et hébergement collectif médicalisé va du simple au double, c'est parce que 85 % des personnes à domicile ne bénéficient pas de soins, mais seulement d'aides. Lorsque, en revanche, l'on compare les Ssiad et les Ehpad, il semble utile de se départir de l'idée d'un écart qui serait très marqué en termes de financement public à la place.

a) Un coût public à la place deux fois moindre sur le domicile pris au sens large, mais en revanche quasiment équivalent entre Ssiad et Ehpad, avant le Ségur de la santé

Le coût unitaire d'un accompagnement à domicile, tous types d'aides publiques confondus (soins, accompagnement social, réductions d'impôt etc.), est deux fois moindre que celui d'un accompagnement en Ehpad. Environ 785 000 personnes perçoivent l'APA³⁰ et vivent à leur domicile où elles peuvent être éventuellement accompagnées par un Ssiad ou par une aide à domicile employée directement ou par l'intermédiaire d'un Saad³¹. En regard, près de 547 000 bénéficiaires de l'APA sont accueillies en Ehpad³². Selon les estimations de la Cour réalisées sur les données 2019 (donc avant entrée en vigueur des mesures du Ségur de la santé), le coût public moyen d'une prise en charge à domicile s'établirait à environ 10 700 euros par an, alors que celui d'un accueil en Ehpad serait de l'ordre de 21 000 euros par an (annexe 5). Cet écart traduit la différence d'intensité des soins : à domicile, seules 15 % des personnes dépendantes au sens de l'APA bénéficient d'une prise en charge en soins, dispensée par un Ssiad.

L'analyse conduit à un constat sensiblement différent lorsque l'on compare les coûts publics associés à une personne à domicile bénéficiant d'une place en Ssiad à ceux associés à une personne en Ehpad. Les dépenses publiques consenties sont alors comparables, avant revalorisations des rémunérations en cours.

Cette équivalence se constate déjà sur les seules dépenses de dotations de soins par place (13 200 euros en Ssiad et 13 800 euros en Ehpad). L'ajout des autres dépenses publiques ne remet pas en cause ce constat. Pour les 123 000 places en Ssiad-PA (à fin 2019 et en groupe iso-ressource (GIR 1 à 4)³³, et sous l'hypothèse conventionnelle que les personnes en Ssiad bénéficient toutes de l'APA, la Cour estime que les dépenses publiques moyennes associées à

³⁰ Pour effectuer une comparaison entre Ehpad et domicile, il est nécessaire de s'en tenir pour le domicile aux personnes bénéficiaires de l'APA (de GIR 1 à 4) pour lesquelles le nombre est connu. Étendre la comparaison aux personnes dépendantes mais non bénéficiaires de l'APA (soit parce qu'elles sont de GIR 5 et 6, soit parce qu'elles n'ont pas eu recours à l'APA) serait compliqué, le nombre de personnes n'étant pas connu.

³¹ Les Saad assurent au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (l'entretien du logement, l'entretien du linge, la préparation des repas, les courses, l'aide à la toilette, l'aide à l'habillage et au déshabillage). Les services d'aide à domicile ne peuvent pas se substituer à l'infirmière (l'auxiliaire de vie sociale peut effectuer une toilette mais pas de soins).

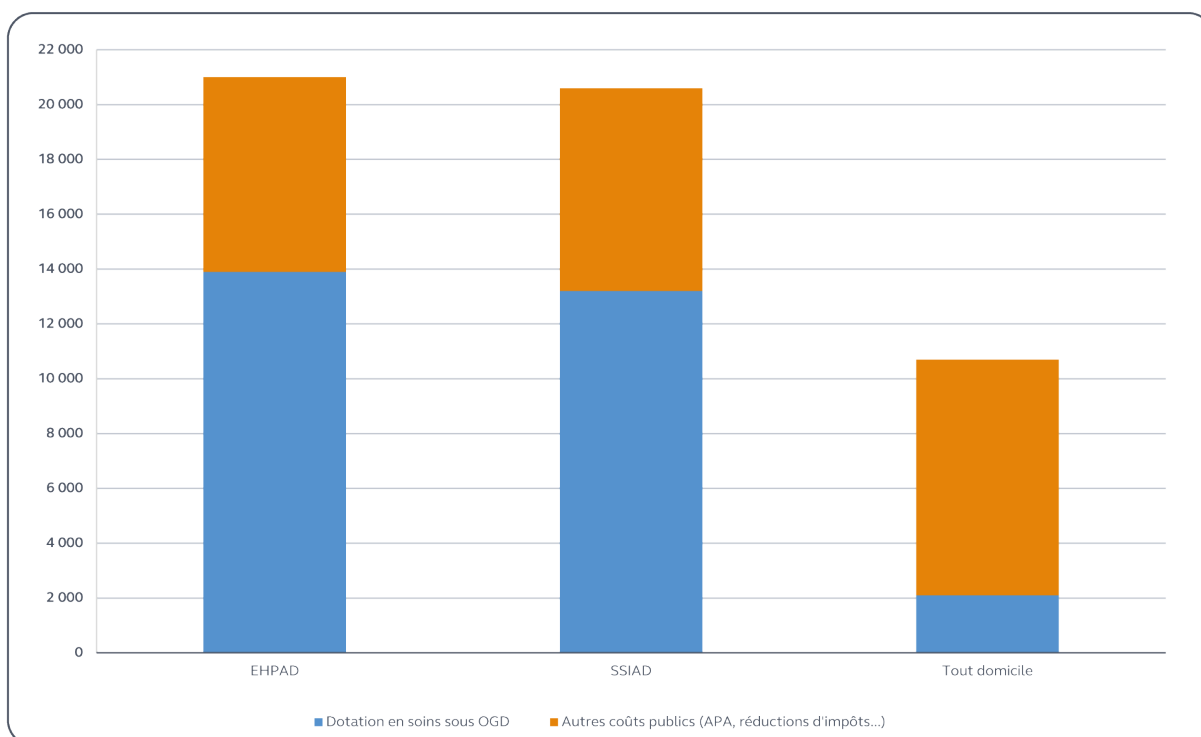
³² Personnes en GIR 1 à 4, éligibles à l'APA. Un peu plus de 50 000 personnes non éligibles à l'APA (de GIR 5 et 6) sont aussi résidentes en Ehpad.

³³ Par souci de cohérence, les comparaisons Ssiad-Ehpad sont aussi estimées sur les personnes de GIR 1 à 4.

une place en Ssiad seraient très proches de celles associées à une place en Ehpad, avec 20 600 euros par an en Ssiad et 21 000 euros en Ehpad (sur les GIR 1 à 4) (annexe 5).

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2021³⁴ a comparé les coûts publics moyens entre Ehpad et domicile par GIR. Sur les coûts moyens (pour l'ensemble des GIR 1 à 4), les estimations publiées dans la CCSS sont proches de celles de la Cour avec respectivement 11 700 euros à domicile et 22 600 euros en Ehpad³⁵ (contre 10 700 et 21 000 pour la Cour) : les écarts tiennent à des différences de conventions retenues pour les estimations (voir annexe 5).

Graphique n° 3 : comparaison des estimations de coûts moyen par personne dépendant bénéficiant de l'APA (de GIR 1 à 4)



Sources : Drees, SNDS, Ensa, CCSS, etc. – Calculs : Cour des Comptes

Par ailleurs, la CCSS estime que les coûts publics à la place sont supérieurs à domicile en GIR1 et assez proches entre domicile et Ehpad en GIR2, alors qu'ils sont plus faibles à domicile pour les GIR plus légers (3 et 4) (cf. annexe 5). Ces résultats confortent l'estimation réalisée *supra* d'une proximité des coûts publics moyen entre Ssiad et Ehpad, dans la mesure où les Ssiad accompagnent d'autant plus les personnes à domicile que leur perte d'autonomie est sévère.

³⁴ Voir CCSS de septembre 2021, Éclairage 3.7 « Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence » ; pages 144 à 147.

³⁵ Voir CCSS (op. cit.) : page 147 – graphique 5.

b) Des coûts en SSIAD légèrement moindres qu'en EHPAD après prise en compte des revalorisations récentes.

La prise en compte des revalorisations décidées dans le cadre du Ségur de la santé (cf. *infra*) rehausse, selon les premières estimations de la Cour, le coût à la place en Ehpap d'environ 4 000 euros, le portant à un niveau de l'ordre de 25 000 euros. En Ssiad, les revalorisations de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (ou BAD) et l'application du Ségur à l'ensemble du secteur des soins à domicile aurait un impact haussier estimé à environ 1 900 euros à la place, le coût public d'une place de Ssiad atteignant environ 22 500 euros (annexe 5). Sur les seules dotations en soins à la place, après Ségur, les montants seraient d'environ 17 700 euros en Ehpap et 14 400 euros en Ssiad.

Cette estimation devra être mise en regard des dépenses indirectes, telles que dépenses d'hospitalisation, de médicaments, de consultations en médecine de ville) afin de permettre une comparaison globale des prises en charge (*via* RESID-ESMS).

c) Des comparaisons à compléter par les dépenses assumées, de manière monétaire et informelle, par les ménages eux-mêmes

La participation des ménages n'est pas identique selon la nature des dépenses. Pour les soins, la participation est nulle ou résiduelle. C'est le cas en Ssiad et en Ehpap. Pour la couverture de la dépendance, la participation est une fonction des revenus et des besoins. La solvabilisation prend des formes diverses (prestation, aides fiscales et sociales), mais elle relève essentiellement de l'APA. Celle-ci est calculée en fonction, soit du plan d'aide (à domicile), soit du niveau de dépendance (en établissement où les tarifs dépendance varient avec les GIR). Dans les deux cas, l'APA est versée en fonction des ressources mais elle laisse un reste à charge. L'hébergement, quant à lui, au domicile individuel comme en établissement, est essentiellement à la charge de la personne âgée dépendante, sous réserve d'une prise en charge par l'aide sociale départementale.

La Drees, dans son compte de la dépendance évoqué *supra*, avait effectué une répartition des dépenses par financeur et par modes d'hébergement. Elle estimait que les ménages contribuaient à hauteur de 9 Md€ aux dépenses en Ehpap, contre environ 1 Md€ aux dépenses à domicile, du fait des dépenses liées à l'hébergement. Ces chiffres sont corroborés par ceux issus d'une étude de la Drees sur la couverture des plans d'aide à domicile³⁶ qui évalue le plan d'aide moyen à domicile à 550 euros avec une participation moyenne des ménages de 21 % et par l'estimation dans le rapport Libault d'un reste à charge moyen autour de 1 800 euros par mois en établissement. Corrigé du « gîte et couvert »³⁷, les montants peuvent être ramenés respectivement 5 Md€ et 1 Md€. L'écart subsiste car des dépenses annexes de structure sont valorisés en hébergement alors qu'elles relèvent de l'informel à domicile.

³⁶ Drees, Études et Résultats n° 1152 : « Profils, niveaux de ressources et plans d'aides des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en 2017 », juin 2020.

³⁷ Les dépenses dites de « gîte et couvert » sont une estimation des coûts incompressibles de logement, d'assurance logement et d'alimentation qui auraient été assumées au domicile. Les retirer du coût total de l'hébergement revient à estimer le surcoût dû au fait d'être logé en établissement.

À domicile, le soutien (et l'encadrement) des personnes dépendantes s'appuie sur les aidants informels dont l'engagement constitue un reste à charge non monétisé. À cet égard, les travaux du Conseil d'analyse économique (CAE), du Haut conseil pour la famille, l'âge et l'enfance (HCFEA)³⁸ et de la Drees³⁹, avaient chiffré le nombre d'aidants informels à 3,9 millions de personnes et estimaient que leur travail informel pouvait être valorisé à plusieurs milliards d'euros (de 7 à 11 Md€ pour le CAE et 11 à 18 Md€ pour le HCFEA).

3 - Un développement de l'offre pour personnes âgées dépendantes qui doit tenir compte du choc démographique et des coûts publics respectifs des différentes modalités de soins

La population des pays développés vieillit et comme le rappelle le rapport public thématique de la Cour publié le 25 novembre⁴⁰, l'arrivée des classes nombreuses à des âges auxquels la prévalence de la perte d'autonomie devient forte⁴¹ va accroître les tensions sur les besoins. Ce contexte, bien connu⁴², a été traduit par la Drees en nombre de places à créer, *via* son modèle de prévision Livia⁴³.

Ces projections bien que robustes, peuvent souffrir de quelques fragilités dans la mesure où elles sont fondées, non seulement sur des hypothèses d'évolution démographique, mais aussi d'évolution de la prévalence de la perte d'autonomie à âge donné. Néanmoins, la forte expansion du nombre de personnes âgées lors des prochaines années est largement acquise puisqu'elle est liée à l'arrivée de la génération du baby-boom aux âges élevés, afflux de nouveaux aînés que ne modifie que modérément les hypothèses retenues en terme d'évolution de l'espérance de vie. Par ailleurs, quelle que soit la prévalence de la perte d'autonomie à âge donné, même en cas d'éventuels progrès médicaux, le besoin de places resterait fort. Dans l'hypothèse la plus optimiste retenue par la projection Livia, selon laquelle les gains d'espérance de vie à 60 ans correspondent en totalité à des gains d'années de vie en autonomie (ce qui constitue une hypothèse très forte de l'évolution des conditions de santé aux âges élevés), le besoin en Ehpad serait moitié moindre mais encore important.

³⁸ Conseil d'analyse économique (CAE), *Quelles politiques publiques pour la dépendance ?*, 2016 ; HCFEA, *La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants*, 2017.

³⁹ Drees, Études et Résultats n° 1103, *Un senior sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien*, février 2019.

⁴⁰ Cour des comptes, « *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – Construire une priorité partagée* » - Rapport public thématique, novembre 2021, disponible sur ccomptes.fr.

⁴¹ Les personnes nées en 1946, début du rebond des naissances (près de 845 000 naissances après un peu plus de 645 000 naissances en 1945, et surtout après le creux des naissances intervenu à la fin des années 30 et durant la deuxième guerre mondiale), atteignent l'âge de 75 ans en 2021.

⁴² Tant en termes financiers (voir les estimations du Haut conseil pour le financement de la protection sociale – HCFiPS – en 2017, reprises par la consultation Libault), qu'en termes de populations concernées (Khaled Larbi – Insee- et Delphine Roy -Drees-, juillet 2019),

⁴³ Drees, Études et résultats n° 1172, *Pertes d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 séniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030*, décembre 2020.

Cette situation induira un fort besoin de places en Ssiad et Ehpad pour maintenir le taux d'équipement à son niveau actuel et déboucherait sur un surcroît important de dépenses de soins d'hygiène réalisés par des professionnels libéraux, en l'absence de toute régulation.

Le modèle Livia fait ressortir un besoin de 108 000 places en Ehpad à l'horizon 2030, pour faire face à la demande, sans modification des pratiques actuelles d'orientation entre Ehpad et domicile. En retenant la même méthode de calcul et le même postulat, la Cour estime qu'il faudrait créer en parallèle environ 25 000 places de Ssiad personnes âgées⁴⁴ (annexe 6).

Selon que la dynamique des dépenses suit ou non sa tendance actuelle, supérieure à celle de la population âgée de 75 ans et plus, les dépenses d'actes infirmiers de soins (AIS) croîtraient de + 0,8 Md€ à + 1,3 Md€ d'ici 2030⁴⁵ (annexe 6).

En définitive, le surplus de dépenses publiques potentiel est estimé entre 4,0 et 4,5 Md€. Le coût public des places en Ehpad et en Ssiad est évalué en appliquant aux places nouvelles les coûts publics moyens (post Ségur et autres revalorisations) estimés *supra*.

Tableau n° 5 : coûts supplémentaires en médico-social lié au choc démographique (évalués par rapports aux coûts « actuels » après Ségur et BAD)

<i>Coûts du choc démo (en Md€)</i>	Ehpad	Ssiad	AIS	TOTAL
<i>Coûts publics directs</i>	2,7	0,6	---	3,3
<i>...dont coûts dotation soins directs</i>	1,9	0,4	---	2,3
<i>Soins d'hygiène version basse</i>	---	---	0,8	0,8
<i>Soins d'hygiène version haute</i>	---	---	1,3	1,3
<i>Total avec AIS version basse</i>	---	---	---	4,0
<i>Total avec AIS version haute</i>	---	---	---	4,6

Source : Calculs Cour des Comptes.

Il est à noter que même dans sa version basse, la hausse des dépenses d'AIS (0,8 Md€) est supérieure à celle liée aux places supplémentaires de Ssiad (0,6 Md€).

Par ailleurs, le choc démographique ne sera pas homogène sur l'ensemble du territoire. En effet, alors que la projection centrale du modèle Livia table sur une hausse de + 24,5 % du nombre de personnes dépendantes de 75 ans et plus entre 2019 et 2030, cette évolution pour le département de l'Indre ne serait que de + 10,3 %, mais à contrario celle des Hautes-Alpes serait de + 35,8 %. Ce constat plaide pour une programmation et une régulation fines, au moins au niveau des départements.

⁴⁴ Ce nombre de places stabilise le taux d'équipement en Ssiad pour les personnes dépendantes de 75 ans et plus et permet de conserver les proportions respectives actuelles de places en Ssiad et en Ehpad pour ces personnes. Si l'on choisit de stabiliser le taux d'équipement tel qu'il est calculé par la CNSA, le besoin en places de Ssiad serait de près de 48 500. Toutefois, le taux d'équipement utilisé par la CNSA est peu adapté puisqu'il conduit, en s'appuyant sur l'ensemble des personnes de 75 ans et plus (qui croîtrait de + 38 % d'ici 2030), à majorer les besoins (toutes ces personnes ne deviendront pas dépendantes à cet horizon).

⁴⁵ La démographie jouerait pour 0,7 Md€ à 0,8 Md€. La différence de croissance entre la dépense et la population concernée pourrait engendrer un surcroît de dépenses de 0,1 Md€ à 0,5 Md€.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Les comparaisons internationales de l'OCDE alimentent le débat sur le virage domiciliaire en soulignant une insuffisance relative des prises en charges à domicile en France. Ce constat doit être nuancé au vu des imprécisions et de la fragilité des données comparées. L'effort public en soins de longue durée et la part qu'y occupent les prises en charge à domicile sont certes plus faibles en France que dans les pays nordiques, mais ces derniers ont un arbitrage entre financement des retraites et financement de la perte d'autonomie au grand âge qui diffère de celui qui prévaut dans notre pays. Les analyses des pays les plus avancés, notamment du Danemark, ouvrent des pistes intéressantes, comme celle de « care assessor », mais parfois difficilement transposables, comme la décentralisation complète de la politique médico-sociale aux municipalités.

Malgré un discours très volontariste et des plans nationaux promouvant une augmentation du nombre de places offertes aux personnes en perte d'autonomie qui a permis de faire progresser l'offre à domicile, les pouvoirs publics n'ont pas remis en cause la part prioritaire des places d'hébergement. De ce fait, l'offre reste marquée par un déséquilibre entre établissements et services, sans réduction nette des inégalités territoriales.

Les outils nécessaires à une appréhension complète des dépenses en soins de la perte d'autonomie doivent être finalisés au plus vite pour pouvoir programmer au mieux l'offre en direction des personnes en situation de handicap ou âgées dépendantes.

En effet, la programmation de l'offre doit intégrer l'impact du choc démographique à venir sur le nombre de personnes âgées, qui aura des répercussions fortes sur les finances publiques, ne serait-ce que pour maintenir le taux d'équipement en places de services de soins à domicile à son niveau de fin 2019. Les estimations de coûts publics à la place réalisées par la Cour ont des limites, notamment du fait de la non mise à disposition des données de Resid-ESMS par la Cnam, mais elles suggèrent que le différentiel de coûts publics entre Ssiad et Ehpad n'est pas tel qu'une transformation des places de l'établissement vers les services de soins à domicile dégagerait une économie très significative. En fait, seule la mise à disposition de l'outil Resid-ESMS pourrait, le cas échéant, modifier ce constat, si elle démontrait que l'efficacité du domicile en termes de coût global des soins est plus forte que celle de l'établissement, ce qui à ce stade n'est qu'une hypothèse.

Face à ce constat, il convient de trouver les marges financières susceptibles de couvrir les surcoûts à venir. Le renforcement des politiques de prévention de la perte d'autonomie constitue une piste intéressante. Le questionnement de l'efficacité des structures de soins à domicile pourrait dégager quelques marges (ce qui sera analysé dans les parties suivantes), mais en tout état de cause, la dépense actuelle (3 Md€) n'est pas telle qu'elle puisse ouvrir des perspectives majeures d'économies. L'efficacité du dispositif pris dans sa globalité renvoie plutôt à une régulation médicalisée de qualité, évoquée infra (chapitre III).

C'est pourquoi la Cour formule la recommandation suivante :

1. modifier la réglementation afin d'élargir l'accès aux données de Resid-ESMS aux directions d'administration centrale chargées d'élaborer la programmation, à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), afin de permettre leur appariement aux bases de données sur l'autonomie, et autoriser l'accès aux résultats de l'exploitation de ces données pour chaque structure, aux ARS et aux gestionnaires, dans le cadre de l'élaboration des CPOM (ministère des solidarités et de la santé).

Chapitre II

Une forte utilité des accompagnements soignants à domicile auprès de publics fragiles, à mieux valoriser pour en optimiser la gestion

Il est essentiel d'identifier la nature, la portée et les limites des interventions des services de soins à domicile, pour mieux insérer ce segment de l'offre dans le parcours de soins et en optimiser la gestion.

Les caractéristiques des services diffèrent en fonction des publics concernés et des prestations dispensées (I et II). En revanche, le décompte de l'activité est problématique, quelle que soit la catégorie de services (III). L'optimisation de la gestion est envisageable pour tous les types d'organismes (IV).

I - Le Ssiad, une alternative performante à l'Ehpad, pour les personnes âgées qui ne nécessitent pas une présence continue des professionnels du soin

Contrairement à une idée reçue, les Ssiad constituent moins un sas d'entrée qu'une alternative à l'Ehpad, dans certaines limites. Ce rôle doit être conforté, sous réserve de la sécurité des patients, pour rationaliser les prises en charge.

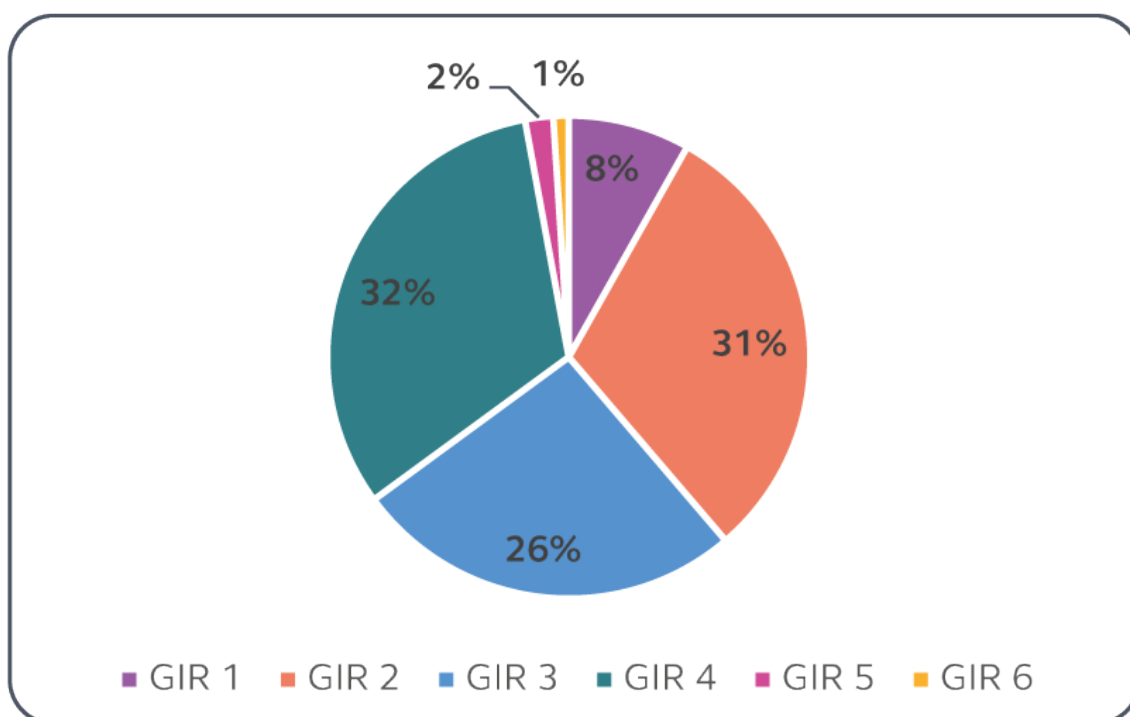
A - Le Ssiad, une alternative conditionnelle à l'Ehpad pour un public dépendant

1 - Une population un peu plus jeune et un peu moins dépendante qu'en Ehpad

Les données de l'Atih sur les Ssiad montrent que l'âge moyen des patients suivis est de 85 ans⁴⁶, en hausse de deux ans depuis la précédente étude de 2012. Il est donc le même que celui d'entrée en Ehpad⁴⁷ mais également proche de celui des bénéficiaires de l'APA. Ce constat renvoie à une réalité de la dépendance qui concerne principalement les personnes âgées de 80 ans et plus. Même si les répartitions des effectifs par classe d'âge se ressemblent, la population des Ssiad est plus jeune que celle des Ehpad (davantage de personnes de moins de 75 ans et une part moindre de personnes très âgées).

La part des personnes très dépendantes en Ssiad (GIR 1 et 2) est loin d'être anecdotique puisqu'elle constitue 38 % de la patientèle. Les données de l'Anap confirment ce poids non négligeable, les niveaux de dépendance⁴⁸ apparaissant assez proches entre Ssiad et Ehpad.

Graphique n° 4 : répartition par GIR des patients pris en charge en Ssiad



Source : Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social 2019, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Cour des comptes.

⁴⁶ Atih, Enquête nationale des coûts pour les Ssiad.

⁴⁷ La durée médiane des séjours est de 2 ans et 7 mois, soit une moyenne d'âge de 86,5 ans.

⁴⁸ La dépendance individuelle étant mesurée par groupe iso-ressources (GIR), le GIR moyen pondéré des patients en Ssiad est établi à 650, pour 724 pour les résidents des Ehpad.

La dépendance, mesurée par les GIR, fait apparaître le caractère marginal des personnes âgées autonomes (GIR 6) et relativement autonomes (GIR 5). Près d'un tiers de la patientèle des Ssiad est constituée de personnes nécessitant une aide pour la toilette et l'habillage, ou pour les soins corporels et les repas (GIR 4). Les personnes de GIR 3, qui supposent des soins corporels plusieurs fois par jour et qui pourraient sembler le cœur de cible des Ssiad sont moins nombreux parmi leur patientèle.

L'analyse montre que ce sont des soucis de mobilité, d'incontinence urinaire et fécale et des troubles cognitifs qui amènent les personnes âgées à recourir aux Ssiad comme à entrer en Ehpad.

2 - Du Ssiad à l'Ehpad, un passage lié à l'isolement social des patients

a) Pas de parcours systématiques du Ssiad vers l'Ehpad

La majorité des patients admis en Ssiad sont à leur domicile au moment de leur prise en charge. Une étude⁴⁹ montre qu'il s'agit essentiellement de personnes confrontées à une dégradation de leur état de santé. Les Ssiad se positionnent également en sortie d'hospitalisation, à hauteur de 40 % des patients pris en charge, sans qu'il soit possible d'évaluer si cette prise en charge permet de réduire les durées d'hospitalisation (cf. *infra*). La provenance des patients admis en Ehpad est relativement similaire, avec près de 50 % qui viennent de leur domicile et 30 % d'un établissement de santé.

Les trois principales causes de sorties de Ssiad sont les décès (20% en Ssiad contre 70 % en Ehpad), les hospitalisations (30 % des patients en Ssiad contre 15 % pour les Ehpad) – et le maintien à domicile sans soins infirmiers (20 % des sorties en Ssiad contre 5 % en Ehpad)⁵⁰. Les chutes sont la principale cause d'hospitalisation mentionnée par les services contrôlés, qui engagent fréquemment des actions de prévention en la matière. Pour ce qui concernent les décès, le tableau de bord de l'Anap montre que les conventions avec des équipes de soins palliatifs sont moins fréquentes en Ssiad qu'en Ehpad. Les fortes disparités de taux d'équipements en équipes mobiles de soins palliatifs⁵¹ peuvent en partie expliquer ce phénomène. Si la complexité de l'accompagnement des résidents et des familles dans ces moments délicats peut conduire à orienter les patients plus souvent vers des établissements sanitaires, la dispensation directement par le Ssiad de soins palliatifs, en lien avec le médecin traitant, est également une pratique soulignée par les services contrôlés. Cette situation induit alors une forte charge de travail pour le service.

Les sorties vers un Ehpad ne concernent que 20 % des personnes prises en charge.

⁴⁹ Observatoire régional de la santé (ORS) Auvergne-Rhône-Alpes, *Étude prospective et qualitative. Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030*, décembre 2017.

⁵⁰ Anap, *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*, 2019.

⁵¹ Cour des comptes, *Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète*, Rapport public annuel, janvier 2015 (disponible sur ccomptes.fr).

b) De possibles refus de prise en charge par les Ssiad liés à l'isolement et à la sévérité de la dépendance

Une trop grande dépendance constitue un frein à l'admission ou à la poursuite d'une prise en charge : environ 15 % des refus seraient liés à un besoin de prise en charge trop élevé en regard de la dotation allouée au service. Selon les services contrôlés, au-delà d'un seuil informel de 2 à 3 passages par jour (1 à 2 passages d'aide-soignant et 1 passage infirmier), les patients ne pourraient plus être pris en charge.

En moyenne, chaque patient de Ssiad reçoit 1,3 visite par jour en semaine et 1,5 visite par jour le weekend. La présence des soignants est donc très discontinuée.

Les durées et le nombre hebdomadaire des passages augmentent avec le niveau de dépendance. Les services contrôlés soulignent cependant que le lien entre la dépendance et la fréquence et l'intensité du passage ne sont pas univoques : par exemple, bien que n'étant pas d'un GIR élevé, les personnes sous dialyse nécessitent plusieurs passages journaliers.

Plus largement et au-delà du GIR, alors que 48 % des patients de Ssiad souffrent de troubles cognitifs, les services contrôlés mentionnent également l'importance d'une surveillance continue pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

L'absence de proche aidant peut aussi constituer un motif de refus de prise en charge. Bien que ceux-ci n'interviennent pas dans la dispensation de soins, leur présence permet d'assurer une surveillance continue et d'alerter le service en cas de besoin. En 2018, 80 % des usagers recevaient l'aide d'un proche⁵². La présence d'un aidant est même dans certains cas une condition posée par le Ssiad à la prise en charge. L'intervention des aidants familiaux est positionnée, en l'absence d'aide à domicile extérieure, sur l'aide aux tâches de la vie quotidienne⁵³ et, en complément, aux actes essentiels de la vie quotidienne⁵⁴. En présence de différents prestataires, les aidants effectuent principalement la coordination des interventions. Lorsque ces Ssiad acceptent d'accompagner des personnes isolées, ils qualifient ces situations de « cas lourds » et cherchent à limiter leur nombre afin de ne pas peser exagérément sur leur budget.

Cependant, d'autres Ssiad se spécialisent dans la prise en charge des personnes en grande précarité. Ils sont publics ou associatifs, disposent d'un grand nombre de places et leurs gestionnaires (associations de solidarité ou centres communaux d'action sociale), sont très présents dans l'accompagnement des publics précaires, sous différentes modalités. En particulier, les gestionnaires régissent le plus souvent également des services d'aide à domicile (Saad).

Les services soulignent que la condition du maintien à domicile est que la sécurité du patient soit assurée. En l'état actuel du dispositif, lorsque l'état de santé d'une personne âgée se dégrade et qu'elle est isolée, seule une admission en Ehpad peut garantir en prise en charge adaptée au besoin d'une présence continue.

⁵² Atih, Étude « *La Mesure des Coûts 2018 en Ssiad et Spasad* ».

⁵³ Les tâches de la vie quotidienne : entretien du logement et du linge, les courses, l'aide à l'alimentation.

⁵⁴ Les actes essentiels de la vie quotidienne : soins d'hygiène, habillage/déshabillage, mobilisation.

c) L'expérimentation des Ssiad renforcés : une augmentation de l'intensité des interventions, plus qu'une extension des horaires des services

Des expérimentations de « Ssiad renforcés » ont été conduites dès 2016. La stratégie « Vieillir en bonne santé » déployée depuis janvier 2020 a décidé leur généralisation progressive. Ce dispositif, adossé par construction à un service existant, avait initialement pour objectif de prendre en charge des patients plus dépendants et / ou d'étendre les interventions les soirs et week-ends. Dans la pratique, il a été utilisé pour renforcer les capacités d'intervention des Ssiad auprès de leurs patients les plus dépendants, en permettant une plus grande fréquence de passage et des durées d'intervention plus longues.

L'évaluation de ces premiers Ssiad expérimentaux par l'ARS Île-de-France montre que jusqu'à quatre passages par jour (deux d'aides-soignants, deux d'infirmiers) auprès d'une même personne ont pu être assurés. Les Ssiad renforcés prennent en charge environ 70 % de patients en GIR 1 et 2, contre 37 % en Ssiad classique.

Surtout, les prises en charge, comparées à un Ssiad classique, se concentrent sur des patients plus isolés et souffrant de pathologies neurologiques⁵⁵. Enfin, les Ssiad renforcés ont accompagné plus de fin de vie qu'un Ssiad classique, 30 % des patients étant sortis par décès (contre 20 % en Ssiad classique). Ils ont également recruté des psychologues ou ergothérapeutes pour venir en complément des interventions.

Les Ssiad renforcés permettent donc effectivement une prise en charge adaptée des personnes les plus dépendantes. L'objectif d'une augmentation des amplitudes horaires s'est finalement révélé secondaire. Le dispositif, performant, est néanmoins coûteux : la dotation de ces Ssiad a été portée à 23 000 € annuels par place, soit 10 000 euros de plus (en moyenne) qu'en Ssiad classique.

B - Les Ssiad, un facteur intéressant de gradation des soins selon le besoin de la personne prise en charge

1 - Un fonctionnement des Ssiad reposant sur la mobilisation des compétences les mieux adaptées pour répondre aux besoins en soin de leurs usagers

En vertu de l'article D. 312-1 du CASF, les Ssiad « assurent, [...] des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels ». Comme l'indique l'article D. 312-2 du CASF, « les interventions [...] sont assurées par : 1° des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des aides-soignants et des aides médico-psychologiques et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux ; 2° des aides-soignants qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation et des aides médico-psychologiques ».

⁵⁵ 46 % des patients en situation d'isolement ou avec présence d'un proche de façon discontinue.

De fait, 71 % des passages réalisés auprès des patients des Ssiad sont assurés par des aides-soignants, lesquels représentent 81 % de leur personnel. Les Ssiad sont donc principalement des pourvoyeurs de soins de base et relationnels effectués par aides-soignants qui, en dehors des établissements sanitaires, ne peuvent exercer que dans ce cadre.

Le positionnement des aides-soignants au sein des Ssiad

Un décret du 23 juillet 2021⁵⁶ définit un nouveau concept, celui des « soins courants de la vie quotidienne ». Ils sont définis comme des « soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant »⁵⁷. Ces soins relèvent des infirmiers mais ils peuvent être confiés à un aide-soignant en dehors de la présence de l'infirmier.

Les aides-soignants ne disposent pas, malgré ce décret, de compétences propres. Ils ne peuvent donc exercer leur activité en dehors de la responsabilité d'un infirmier, ce qui leur interdit une installation en libéral.

L'article D. 312-4 du CASF dispose que les professionnels libéraux peuvent quant à eux exercer pour le compte d'un Ssiad dès lors qu'ils ont conventionné avec lui⁵⁸. Les Ssiad recourent à ces prestataires pour effectuer les interventions que leurs ressources internes ne leur permettent pas de réaliser.

Ainsi que cela a été relevé par la CNSA⁵⁹, le recours aux intervenants libéraux permet de financer ces prestations au plus près des besoins et de limiter les frais de déplacement et donc les coûts globaux d'intervention. Certains Ssiad de taille importante contrôlés font reposer leur organisation sur ce principe : leurs infirmiers salariés interviennent principalement en tant que coordinateurs sur leur secteur et les soins techniques sont dispensés par des infirmiers libéraux.

Ces interventions supposent la signature d'une convention entre l'infirmier libéral et le service et sont pris en charge financièrement sur sa dotation globale. Le prix acquitté par le Ssiad est, dans pratiquement tous les cas, celui de la nomenclature applicable dans le cadre de l'exercice libéral. L'absence de maîtrise de celle-ci peut parfois donner lieu à des irrégularités⁶⁰. Le sujet ne semble pas prégnant au sein des Ssiad privés qui salarient le plus souvent des cadres infirmiers dotés d'une expérience en libéral et qui, donc, maîtrisent la nomenclature.

⁵⁶ Décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé.

⁵⁷ La définition et l'alternative qui est présentée entre intervention d'un aide-soignant et auto réalisation ou réalisation par un aidant interroge sur la valorisation des activités de soins à domicile et la qualification des aides-soignants alors même qu'un arrêté du 10 juin 2021 a augmenté la durée et le contenu de leur formation.

⁵⁸ Les infirmiers, les pédicures-podologues libéraux, et les centres de santé infirmiers prévus à l'article L. 6323-1 du CSP peuvent exercer au sein d'un service de soins infirmiers à domicile, sous réserve d'avoir conclu une convention avec l'organisme gestionnaire de ce service. Ils s'engagent alors à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service du Ssiad et à lui rendre compte de leur activité réalisée en son nom.

⁵⁹ CNSA, Perception des « marqueurs de charges en accompagnement » au sein des ESMS, Étude « Repères » septembre 2018 (disponible sur cnsa.fr).

⁶⁰ Un Ssiad public, rattaché à un centre hospitalier, a reconnu avoir eu des difficultés à contrôler la facturation réalisée par les infirmiers libéraux, faute de maîtrise par ses cadres, issus de la fonction publique hospitalière, de cette nomenclature. Le contrôle interne a constaté des indus qui ont été récupérés ensuite par le comptable.

La nomenclature des actes infirmiers

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), créée en 1972, précise les modalités de cotation des actes infirmiers remboursés par l'assurance maladie. Un acte est défini par une lettre-clé déterminant une valeur unitaire et affectée d'un coefficient permettant de déterminer son tarif.

Deux principaux actes sont définis en matière d'intervention à domicile :

- les actes infirmiers de soins (AIS) : ce sont des actes de soins d'hygiène (prévention d'escarres, *nursing*, etc.). Ils sont rémunérés à hauteur de 2,65 € par acte en tarif de base (hors indemnités kilométriques, majoration et sur-cotation) ;
- les actes médicaux infirmiers (AMI) : il s'agit d'actes techniques (injection, chimiothérapie, etc.). Ils sont rémunérés à hauteur de 3,15 € par acte en tarif de base.

Le détail des soins en Ssiad⁶¹ fait apparaître que le recours aux infirmiers libéraux se concentre très majoritairement sur la réalisation des AMI (93,66 % des actes réalisés en libéral) et très marginalement sur des AIS seuls (5,85 %). Cette répartition des soins est un élément de rationalisation des interventions, promu par les infirmiers coordonnateurs (IDEC) des Ssiad qui élaborent les plans de soins des patients. Or, lorsque les actes sont dispensés par un infirmier libéral sans recours à un Ssiad, cette rationalisation n'est pas réalisée car tous les actes relèvent alors de l'infirmier.

2 - Une rationalisation des interventions renforcée en Spasad

Comme dit plus haut, les trois-quarts des patients de Ssiad disposeraient en parallèle d'une aide professionnelle à domicile (Saad ou emploi direct⁶²).

Les Saad accompagnent les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées dans l'accomplissement non seulement des tâches, mais également des actes essentiels de la vie quotidienne. À ce titre, la partition des rôles entre les auxiliaires de vie sociale des Saad et les aides-soignants des Ssiad peut apparaître ténue. La Cour a déjà pu relever que « *dans la pratique, des chevauchements, pourtant théoriquement bannis, sont souvent relevés. C'est le cas des toilettes médicalisées. Assurées la semaine par les aides-soignants d'un Ssiad, il n'est pas rare que les employés du Saad intervenant le week-end prennent la relève pour la fin de semaine. Alors qu'elles sont prescrites sur ordonnance et ne peuvent être réalisées que par des personnels de soins encadrés, les auxiliaires de vie sociale se chargent de leur réalisation lorsque l'aide-soignante n'est pas présente* »⁶³.

La possibilité de créer des Spasad, qui regroupent Ssiad et Saad, a été ouverte dès 2004 et renforcée par la loi dite ASV du 28 décembre 2015⁶⁴. Le bilan provisoire établi par le ministère des solidarités et de la santé en 2019⁶⁵ établit un constat très positif de l'expérimentation des Spasad. De l'avis des services contrôlés, les Spasad permettent une meilleure coordination des horaires de passages des différents professionnels et une

⁶¹ Selon l'enquête nationale des coûts (ENC) de l'Atih.

⁶² Atih, données de l'étude « *La Mesure des Coûts 2018 en Ssiad et Spasad* ».

⁶³ Cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, 2016, disponible sur ccomptes.fr.

⁶⁴ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

⁶⁵ Ministère des solidarités et de la santé, Rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les *Spasad* intégrés, 2019.

amélioration de la prise en charge liée à l'adéquation entre les professionnels intervenants et les besoins des personnes dépendantes. Ce bilan souligne que 10 % seulement de leurs patients bénéficient de la double prise en charge (aide et soin à domicile). Ce constat montre que l'orientation en interne est faite au plus près des besoins de la personne, sans déport de compétences entre professionnels.

L'examen de plans de soins d'un Spasad dans le cadre du contrôle réalisé par la Cour montre que les tâches sont clairement réparties entre les auxiliaires de vie sociale et les aides-soignants. Lorsque la situation de santé du patient l'exige, les interventions sont réalisées en binôme, et certaines tâches sont réservées à l'aide-soignant – comme le relevé des principaux paramètres de santé –, d'autres – comme la réfection du lit – à l'auxiliaire. Pour la toilette, l'habillage et les transferts, l'auxiliaire vient en aide à l'aide-soignant, la répartition des tâches étant proche de celle rencontrée dans les Ehpad employant ces deux catégories de personnels.

Les contrôles ont également montré que, lorsque le gestionnaire encadre à la fois des Saad et des Ssiad, l'association d'aides à domicile, d'auxiliaires de vie sociale et d'aides-soignants autorise une plus grande fréquence des passages de professionnels au domicile. Elle permet une présence plus continue auprès du patient.

La coordination en leur sein est effective grâce à la mise en place d'évaluations individuelles à l'entrée ou dans le cadre du suivi des bénéficiaires ; l'offre globale est plus lisible pour l'utilisateur mais également pour les acteurs locaux, avec notamment une meilleure reconnaissance du travail des professionnels de l'aide à domicile. L'ensemble de ces actions sont autant de missions assignées aux organismes de coordination créés au cours de la dernière décennie sous forme de structures autonomes dont il est apparu nécessaire d'interroger l'empilement et les performances réelles⁶⁸. Les crédits et les personnels affectés à ces coordinations pourraient avantageusement être réorientés vers les services opérationnels qui assurent de facto ce rôle sur les territoires.

Le bilan a également montré que des actions de prévention individuelles et collectives, s'adressant aux bénéficiaires comme à leurs aidants, se sont développées grâce à l'inscription des Spasad expérimentaux aux programmes des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (en moyenne 6 actions de prévention par mois et par Spasad).

Cette optimisation des interventions des Ssiad doit être confortée par le déploiement des Spasad, en levant les obstacles identifiés (cf. Chapitre III).

⁶⁸ Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont vocation à fusionner les dispositifs de coordination : les réseaux de santé, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia), les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les coordinations territoriales d'appui (CTA), des expérimentations Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa), voire les centres locaux d'information et de coordination (Clic) sur décision du conseil départemental. L'unification des DAC est en cours et se développera jusqu'en courant 2022.

II - Les services de soins à domicile pour personnes handicapées, outils efficaces de maintien des patients en milieu ordinaire

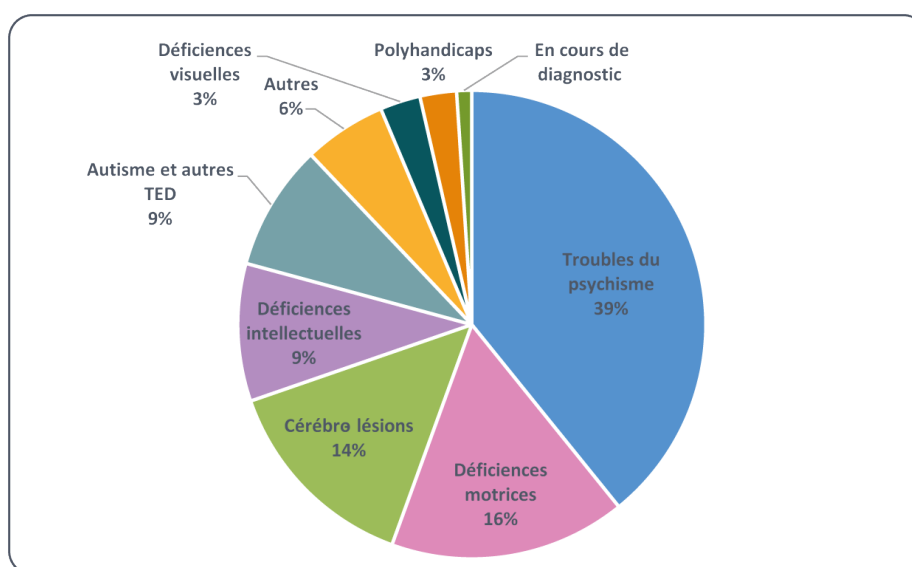
Si les Samsah apparaissent comme des filets de sécurité pour maintenir en milieu ordinaire des personnes aux situations complexes, l'action efficace des Sessad gagnerait à être renforcée sur leur patientèle a plus jeune et la plus âgée.

A - Des Samsah positionnés sur l'accompagnement des personnes isolées et souffrant de déficiences multiples à forte composante psychique

Le cadre réglementaire les positionne sur des publics hétérogènes : d'une part, le décret n°2005-223⁶⁹ les regroupe avec les SAVS, structures non médicalisées accueillant généralement des publics ayant une relative autonomie domestique, dont ils doivent reprendre ou prolonger les missions ; d'autre part, le décret n°2009-322⁷⁰ les intègre aux structures accueillant des « personnes présentant une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne ». La réglementation place donc les Samsah dans une situation particulière les autorisant à accompagner les personnes les plus autonomes comme celles qui le sont le moins.

L'analyse de la patientèle fait apparaître que les besoins des personnes accompagnées sont effectivement multiples, avec une forte part d'accompagnement du handicap psychique.

Graphique n° 5 : répartition des patients selon leur handicap



Source : Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social 2019, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Cour des comptes.

⁶⁹ Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

⁷⁰ Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

Les services contrôlés soulignent une évolution de leur patientèle. Un Samsah parisien, spécialisé à l'origine sur le handicap moteur, a connu une modification de son autorisation, suite au constat de nombreux troubles associés et cumulés à la déficience motrice parmi sa patientèle. La nouvelle autorisation vise les « personnes atteintes d'une déficience motrice avec ou sans troubles psychiques associés ».

La réforme engagée par le décret du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)⁷¹ accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques interdit désormais aux services de refuser la prise en charge d'une personne présentant des troubles associés qui ne sont pas expressément visés dans l'arrêté d'autorisation. Cette situation concerne plus de 77 % des patients de Samsah.

Certains des services contrôlés ont mentionné accompagner des personnes présentant des troubles liés à l'addiction, facteur de difficulté supplémentaire, faute de spécialistes dans les équipes, selon l'analyse du centre régional d'études d'actions et d'informations (Creai) et de l'ARS Centre Val de Loire en 2016.

Plus largement, la précarité sociale est souvent évoquée dans les projets de service des Samsah, comme un élément connexe du handicap. Dans les rapports d'activité fournis par les services contrôlés, il apparaît que peu de patients sont en emploi au moment de leur accompagnement par le Samsah. Une étude⁷² relève un isolement des personnes et un manque de proches aidants qui complique les sorties de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), de centre médico-psychologique (CMP) et plus largement des établissements sanitaires. Enfin, un nombre significatif – entre un tiers et la moitié – des patients bénéficient d'une mesure de protection sociale. S'ils sont le plus souvent isolés, en logement autonome, certains d'entre eux ont cependant des enfants à charge.

Une enquête menée par le Creai de Normandie en novembre 2014 a identifié la problématique du vieillissement des personnes accompagnées : 60 % des usagers de Samsah et SAVS étaient concernés par le vieillissement qui entraînait une majoration du handicap pour 21 % d'entre eux.

Contrairement à une idée reçue, le Samsah n'intervient pas nécessairement en suite d'un parcours Sessad au moment du passage à l'âge adulte. Les services contrôlés soulignent qu'une majorité des personnes n'étaient pas reconnues handicapées avant l'orientation par la commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap en Samsah et que des accidents de vie (AVC, accidents de la route...) sont souvent à l'origine de cette orientation. Près de la moitié des personnes accueillies ont entre 40 et 60 ans.

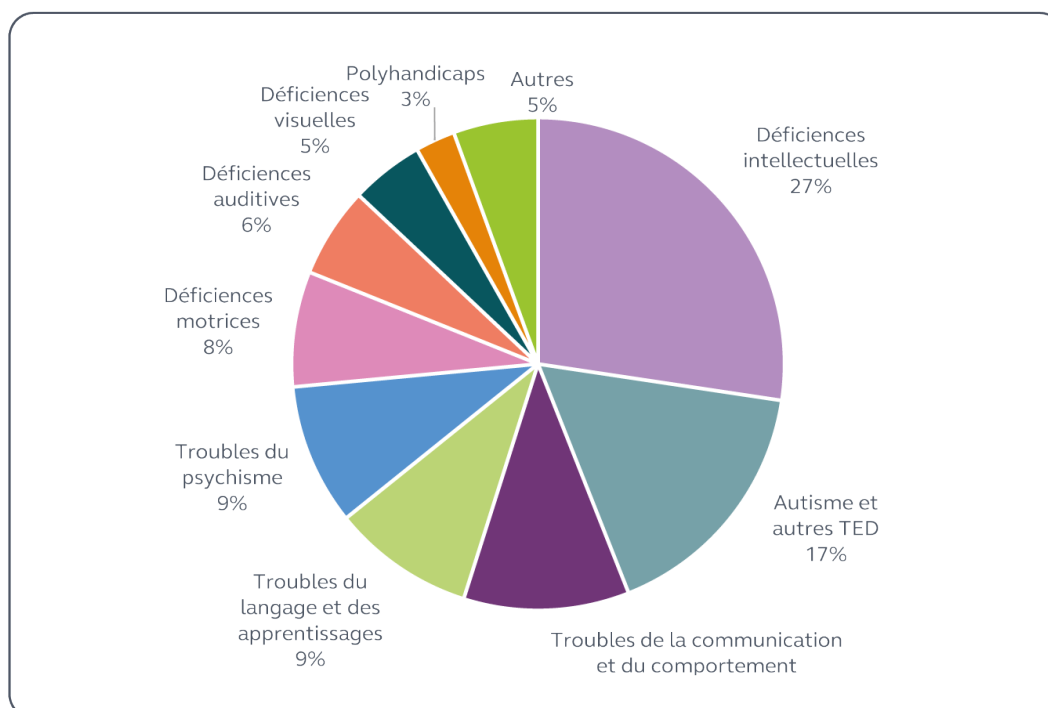
⁷¹ Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

⁷² Creai Centre-Val de Loire, Les SAMSAH en région Centre-Val de Loire : Des dispositifs singuliers pour des personnes en situation de handicap aux parcours pluriels, 2016 (disponible [en ligne](#)).

B - Des Sessad surtout centrés sur un public d'âge scolaire, insuffisamment investis sur les diagnostics précoces et les accompagnements vers le milieu professionnel

L'activité des Sessad couvre un grand nombre de handicaps, majoritairement toutefois des handicaps psychiques et cognitifs.

Graphique n° 6 : répartition des types de handicap en Sessad



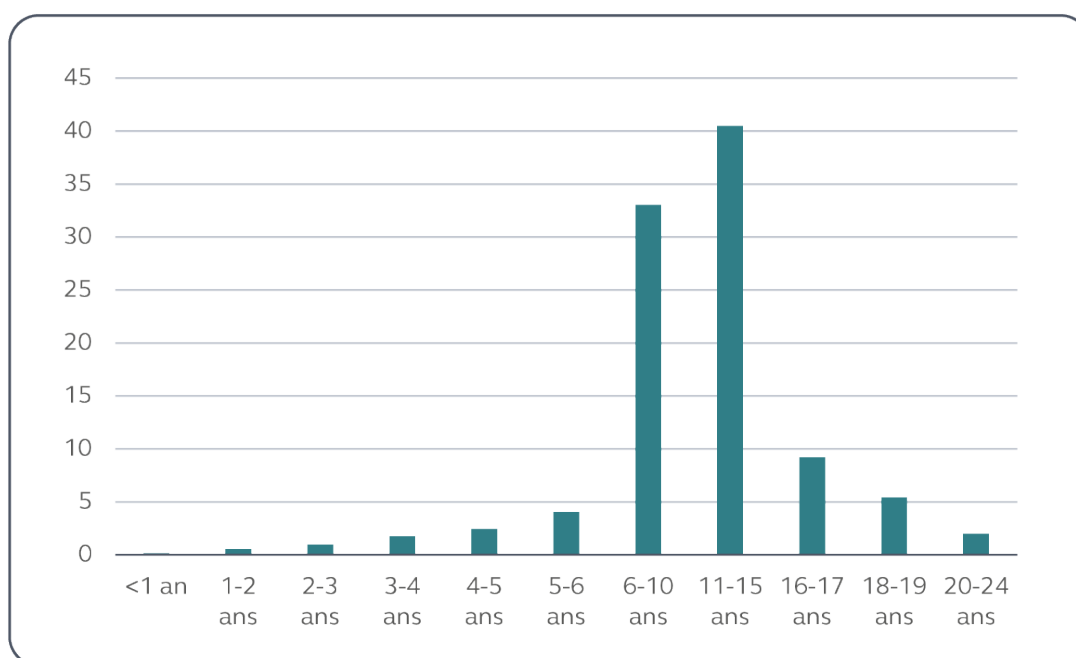
Source : Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social 2019, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Cour des comptes.

La diversité des publics conduit à une diversité des autorisations. Certains Sessad n'ont qu'un seul agrément de niveau 1 (i.e. « public » - cibles, les autres niveaux correspondant aux handicaps associés), d'autres peuvent en avoir jusqu'à 4. Cela rend le concept de couverture du territoire d'autant plus difficile à apprécier.

Un Sessad contrôlé – adossé à un Institut médico-éducatif (IME) – mentionne cependant que « depuis plusieurs années, la typologie des profils a très nettement évolué avec des enfants dont les besoins à couvrir dépassent les terminologies classiques (déficience motrice / intellectuelle / surdité ...) : cette réalité a pour conséquence directe d'augmenter la durée d'accompagnement par le nombre important de suivis qui s'organisent soit consécutivement, soit en alternance ». Les Sessad prennent donc en charge de plus en plus de jeunes en situation complexe.

Les Sessad accueillent moins de 10 % d'enfants de 0-6 ans et environ 15 % de jeunes de 16 ans et plus.

Graphique n° 7 : répartition par tranche d'âge des enfants accueillis en Sessad



Source : Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social 2019, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

1 - Un faible accompagnement des plus jeunes

Pour les enfants de la naissance à six ans, les interventions sont centrées réglementairement sur « l'approfondissement du diagnostic » et l'accompagnement vise autant les enfants que leur famille. Les soins recouvrent principalement « l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant », de sorte à limiter le sur-handicap et faciliter l'inclusion ultérieure.

Les autorisations des Sessad ne visaient pas toutes, loin s'en faut, cette classe d'âge. Une étude réalisée par l'ARS Rhône-Alpes en 2016⁷³ montrait que 61,6 % des Sessad du département seulement disposaient d'un agrément pour l'accueil des jeunes enfants⁷⁴. La réforme des autorisations devrait permettre de remédier à cette carence. Toutefois, même en cas d'agrément pour l'accueil des jeunes enfants, la pratique reste faible. Selon l'étude de l'ARS de 2017⁷⁵, moins de la moitié (48,9 %) des services dotés de l'agrément accueillaient effectivement des enfants de moins de 6 ans. L'analyse faisait apparaître que les petits Sessad

⁷³ ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Les Sessad en Rhône-Alpes, 2016 (disponible [en ligne](#)).

⁷⁴ Dans un Sessad contrôlé, les autorisations, multiples, ne couvrent pas l'ensemble du spectre : il dispose ainsi d'une autorisation d'accueil des jeunes âgés de 0 à 20 ans pour ses cinq places dédiées à la déficience auditive et ses 25 places consacrées aux déficiences motrices sans troubles associés ; en revanche, les 30 places tournées vers la déficience intellectuelle et ses troubles associés ne sont autorisées que pour l'accueil des 6 à 16 ans.

⁷⁵ Creai Auvergne-Rhône-Alpes, Analyse des enjeux et problématiques des Sessad de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 (disponible [en ligne](#)).

(moins de 10 places) disposaient moins souvent de places autorisées pour les jeunes enfants et étaient également les moins performants pour les remplir.

La faiblesse des orientations en Sessad pour ces tranches d'âge serait due à un manque de repérage institutionnel, notamment en milieu scolaire. L'extension de l'obligation scolaire à partir de 3 ans devrait améliorer l'orientation vers un parcours de soins précoce.

Les réticences des familles vis-à-vis des Sessad dans lesquelles elles voient le commencement d'un parcours médico-social, synonyme d'exclusion du milieu ordinaire, peuvent également constituer un frein.

Enfin, les accompagnements en Sessad connaissent une forme de concurrence avec les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) implantés sur le territoire⁷⁶. Les champs de compétence sont les mêmes mais l'accès est différent : les parents sollicitent librement les CAMSP alors que l'orientation en Sessad résulte d'une notification de la CDAPH, au terme d'une procédure et de démarches longues. Paradoxales, aussi, car la CDAPH appuie son orientation sur un diagnostic qui est un des objets mêmes de l'accompagnement par le Sessad.

Dans la pratique, outre le relais établi après que l'enfant a atteint 6 ans, ou après orientation du CAMSP⁷⁷ vers le Sessad, les difficultés d'accès⁷⁸ mais également la rareté relative des interventions des CASMP hors de leurs locaux (6 % du total selon l'étude précitée de la CNSA) font que la relation entre les deux structures est perçue comme complémentaire par les acteurs de terrain.

La capacité des Sessad à accompagner les familles et les enfants vers le diagnostic et la reconnaissance du handicap nécessite d'introduire une forme de souplesse dans la prise en charge. En Auvergne-Rhône-Alpes, un dispositif adossé à un Sessad intervient pour un premier accompagnement limité à 6 mois avant notification de la CDAPH. Il est financé par l'ARS à partir du CPOM global, le conseil départemental et la CAF de l'Allier, selon le modèle du CAMSP. Le développement de telles prises en charge temporaires avant notification permettrait d'établir un diagnostic et de développer des actions de remédiation plus précocement.

⁷⁶ Les CAMSP ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation, en collaboration avec les parents, d'enfants de moins de 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel. 334 CAMSP fonctionneraient en métropole (12 en outre-mer), très inégalement répartis sur le territoire. La prise en charge des enfants s'effectue au cours de consultations ambulatoires réalisées par les professionnels dans les locaux du CAMSP ou à domicile. La double activité des CAMSP (activité de dépistage et activité de soins/traitement) induit un financement conjoint en dotation globale réparti entre l'Assurance maladie (80 %) et le département (20 % au titre de l'aide sociale départementale et de la protection maternelle et infantile (PMI)). Les CAMSP disposent d'une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative composée généralement de médecins spécialisés, rééducateurs, auxiliaires médicaux, psychologues, ergothérapeutes et assistants sociaux.

⁷⁷ La durée moyenne de suivi au CAMSP est globalement de 23,8 mois. Pour les enfants sortis après un suivi thérapeutique, la durée moyenne est de 30,8 mois

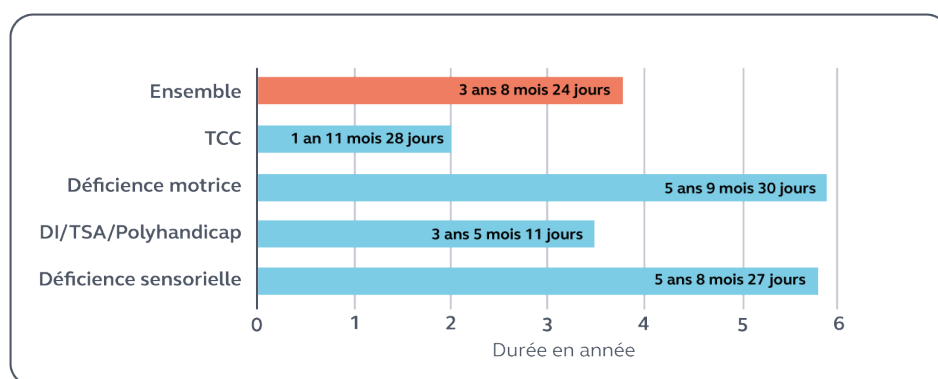
⁷⁸ Dans son analyse de janvier 2016 (cf. CNSA - rapport d'activité des CAMSP 2014 *Synthèse nationale des résultats* – janvier 2016), la CNSA relève que les familles sont confrontées à des délais d'attente. La moitié des CAMSP répondants peut donner un premier rendez-vous en moins de deux mois et programmer une première intervention en moins d'un mois et demi après le premier rendez-vous. Certains CAMSP ayant des délais d'accès très longs, la moyenne est tirée vers le haut : plus de deux mois pour un premier rendez-vous et plus de deux mois pour une première intervention.

2 - Des interventions insuffisantes sur les publics plus âgés

Les plus de 16 ans ne représentent que 16 % des jeunes accompagnés.

Pour les jeunes présentant des troubles du comportement ou des déficiences intellectuelles, l'accompagnement par un Sessad est raccourci par leur sortie prématurée du milieu scolaire ordinaire. En effet, alors que la durée moyenne de l'accompagnement en Sessad est légèrement supérieure à 3 ans⁷⁹, celle des jeunes souffrant de troubles du caractère et du comportement est inférieure à deux ans.

Graphique n° 8 : durée de séjour des sortants des Sessad du Grand Est en 2018



Source : Exploitation des rapports d'activité harmonisés des Sessad du Grand Est, données d'exploitation 2018. ARS Grand Est / Creai Grand Est.

Selon les services contrôlés, la lassitude des élèves suivis depuis longtemps peut aussi jouer. À l'âge du collège, beaucoup craignent la stigmatisation et ne souhaitent plus être accompagnés sur les lieux scolaires.

Si les jeunes sont majoritairement orientés vers le milieu ordinaire (56,1 %), ou vers un autre ESMS (38 %), l'issue de l'accompagnement est compliquée par leurs difficultés d'insertion professionnelle. Elles sont liées en particulier aux défaillances du dispositif de scolarisation qui leur est dédié : les unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis) dans les lycées sont rares et l'insertion à la sortie de ces Ulis est faible ; les autorisations des établissements médico-sociaux d'éducation adaptée plafonnent parfois les accueils à 16 ans et les places de pré-professionnalisation y sont peu nombreuses ; les délais d'attente, la rareté des places disponibles et la sélectivité à l'entrée en établissement et service d'aide par le travail (Esat) en limitent l'accès⁸⁰.

Les Sessad à visée professionnelle (Sessad pro) peuvent offrir une solution pertinente pour les jeunes, quelle que soit l'orientation professionnelle souhaitée (milieu protégé ou ordinaire). Leurs effectifs comprennent plus de personnels orientés vers l'insertion professionnelle (tels que des éducateurs techniques spécialisés) que dans les Sessad destinés aux jeunes de moins de 16 ans. À l'heure actuelle, on peut regretter qu'il n'existe pas de recensement exhaustif des places disponibles dans ces services.

⁷⁹ Anap, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social 2019.

⁸⁰ Creai Auvergne-Rhône-Alpes, Analyse des enjeux et problématiques des Sessad de la Région Auvergne-Rhône-Alpes, janvier 2017 (disponible [en ligne](#)).

Des pratiques innovantes ont été mises en œuvre pour surmonter les ruptures liées aux transitions entre secteurs, enfants et adultes : en Auvergne-Rhône-Alpes⁸¹, un Sessad a une autorisation d'exercer auprès de jeunes de plus de 21 ans. Il propose un accompagnement à l'insertion professionnelle et sociale pour des jeunes 16-25 ans (pour s'aligner sur la tranche d'âge des missions locales) en situation de rupture sociale. Il dispose de 12 places et d'un double financement (ARS et Conseil départemental de l'Allier) assurant la continuité des accompagnements en dépit du changement de statut enfant/adulte.

Une mutualisation entre un Sessad et un Samsah est également possible, dès lors que les deux services sont organisés pour assurer les transitions entre eux.

C - Des prestations à forte composante éducative mais dont le rôle dans l'accès aux soins reste indispensable

Le périmètre des soins des Samsah et Sessad est défini de façon négative, seules les prestations n'étant pas couvertes par leur dotation étant précisées⁸². Il s'agit principalement de l'achat de médicaments ou d'équipements individuels qui compensent les incapacités motrices et sensorielles, lorsqu'ils sont également utilisés au domicile de la personne accueillie ou qu'ils ne correspondent pas aux missions du service.

Par ailleurs, la réglementation⁸³ décrit les personnels composant les équipes pluridisciplinaires : la liste des médecins et des personnels paramédicaux est assez précise. S'y ajoutent des éducateurs spécialisés, des aides-soignants, des animateurs et des professeurs spécialisés s'agissant des Sessad. Si la qualification des intervenants est finement décrite, aucune quotité de temps mobilisable n'est impartie. Le temps médical est le plus souvent très faible (en moyenne 0,2 ETP sur un effectif moyen de 10,9 ETP en Sessad et 15,7 en Samsah).

1 - Des Samsah : une mission essentielle de remédiation en soin

L'enquête de la CNSA de 2008 sur les Samsah⁸⁴ est à ce jour la seule étude exhaustive sur le fonctionnement des Samsah. Elle caractérisait deux types de services : les Samsah de « coordination » et les Samsah « soins ». Les premiers, plus nombreux (60 % du total), coordonnent les interventions des professionnels auprès de la personne pour assurer la continuité du soin et de l'accompagnement ; les seconds dispensent des soins, souvent spécialisés, au domicile des personnes comme au sein du service. Les textes régissant les missions des Samsah, peu précis, permettent la coexistence de ces deux finalités d'intervention et aucune consigne nationale à l'égard des ARS n'est venue en préciser le contenu.

⁸¹ Creai Auvergne-Rhône-Alpes, Analyse des enjeux et problématiques des Sessad de la Région Auvergne-Rhône-Alpes, janvier 2017 (disponible en ligne).

⁸² Article R. 314-26 du CASF.

⁸³ Articles D. 312-56 et 76 pour les Sessad, D. 344-5-13 pour les Samsah.

⁸⁴ CNSA, Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et Ssiad - Situation en 2007- Premières conclusions des travaux, avril 2008 (disponible sur cnsa.fr).

Quelques études régionales ont été produites depuis l'enquête de la CNSA qui montrent une évolution dans le positionnement des services vers la coordination⁸⁵. Les services contrôlés confirment cette tendance, répondant mieux à l'évolution des profils des personnes accompagnées mais également aux difficultés de recrutements de personnels médicaux ou paramédicaux au sein des services. Elle est probablement liée aussi à un mode d'organisation moins contraignant : selon la CNSA, les services coordonnateurs étaient ouverts 5 jours par semaine et assuraient 1 à 2 interventions hebdomadaires par usager, alors que les prestataires de soins étaient ouverts 7 jours par semaine et assuraient 10 à 20 interventions hebdomadaires par usager (surtout des services pour polyhandicap, traumatisés crâniens).

Un exemple d'évolution des missions

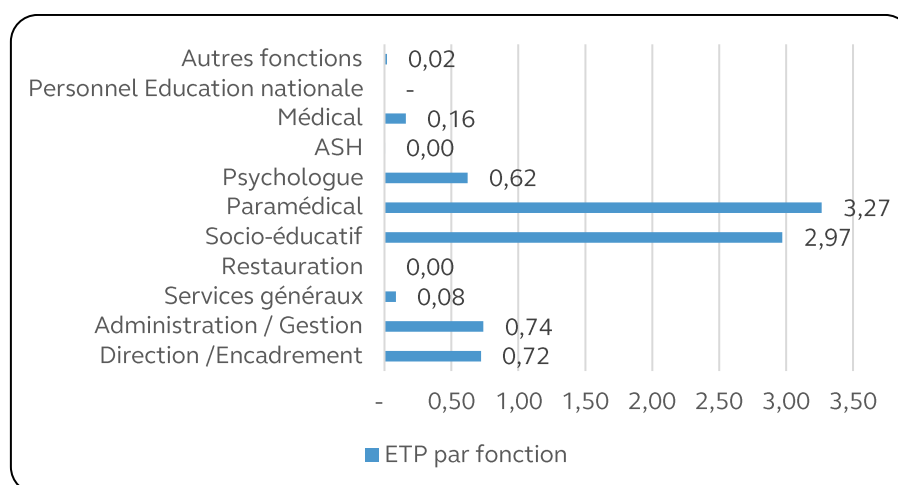
Parmi les services contrôlés, un Samsah parisien a connu cette évolution : Le service a ouvert le 1er janvier 2010. L'autorisation recouvrait 80 places, dont 50 étaient médicalisées. Il s'agissait alors d'effectuer des interventions directes, grâce une équipe conséquente de personnes soignants itinérants (cinq infirmières et 10 aides-soignants). En septembre 2010, après neuf mois d'activité, il est décidé, en concertation avec les services de l'ARS, de passer d'un modèle de prestataire de soins paramédicaux à la coordination du parcours de soins (médical et paramédical), les soins infirmiers techniques étant la plupart du temps pris en charge par des infirmiers libéraux ou par des Ssiad. L'organigramme a été modifié en conséquence : le poste de cadre de santé a été supprimé au profit d'un poste d'infirmier coordinateur et d'un poste d'aide médico-psychologique (AMP). En janvier 2013, l'autorisation a été modifiée : augmentation à 60 places médicalisées sur les 80 places du service, reconnaissance du handicap psychique du public accueilli. Un nouveau changement des effectifs a été réalisé : suppression des postes aides-soignants et infirmiers, remplacés par 1 ETP d'infirmier coordinateur, 1 ETP auxiliaires médico-psychologique, un temps de neuropsychologue augmenté à 0,70 ETP et un temps supplémentaire de psychologue clinicienne à 0,5 ETP.

Les équipes – en moyenne de 15,7 ETP – sont composées pour plus de la moitié de personnel paramédical, encore plus si on leur adjoint les postes de psychologues - et de professionnels socio-éducatifs⁸⁶. On note très peu de recours à des professionnels de santé libéraux : leur part s'élève à 1,7 % des interventions ; ce sont essentiellement des orthophonistes et des infirmiers.

⁸⁵ Creai Normandie, *Observatoire régional des données médico-sociales : adultes en situation de handicap Monographie Services Médico-sociaux Samsah – Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, SAVS – Service d'accompagnement à la vie Sociale, Services d'insertion*, novembre 2014 / Creai Centre-Val de Loire pour l'ARS, *Les Samsah en région Centre-Val de Loire Des dispositifs singuliers pour des personnes en situation de handicap aux parcours pluriels*, 2016.

⁸⁶ Ceux-ci ne sont pas alors considérés comme du personnel paramédical mais positionnés dans la filière éducative dans les conventions collectives.

Graphique n° 9 : nombre d'ETP par fonction



Source : Anap 2019.

L'étude du Creai Centre-Val de Loire en 2016 portait sur les 15 Samsah du territoire. Elle dessinait des accompagnements composés d'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie, de suivi et de coordination des intervenants et d'accès aux droits (conseils et informations, montage de dossiers...). Parmi les activités réalisées, les séances collectives mobilisaient peu les personnes accompagnées en Samsah et l'essentiel des interventions était réalisé à domicile en tête à tête.

L'utilité des Samsah réside dans l'accompagnement et le maintien des personnes dans un parcours de droit commun, sur une durée assez courte en regard des pathologies. Ainsi, près de 80 % des personnes accueillies en Samsah résident à leur domicile avant la prise en charge et y restent à leur sortie⁸⁷. Les Samsah sont donc moins un sas d'entrée dans le secteur médico-social qu'un soutien temporaire au maintien à domicile, dont la durée moyenne de séjour des sortants était de 2,5 ans en 2019. Témoigne aussi de cette utilité, les taux d'occupation qui, en 2018, s'élevait à 94,8 % (avec une médiane égale à 100 % dans les Samsah, 10 % ayant même un taux supérieur à 100 %). Si le fonctionnement des services au taux d'occupation les plus faibles doit être interrogé, la saturation des places par plus de la moitié des Samsah illustre l'utilité réelle de ces services.

En 2012, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'Inspection générale des finances (IGF)⁸⁸ faisaient le constat d'une juxtaposition des missions des Samsah « interventions » et des Ssiad. Le rapport recommandait de fusionner les Samsah « interventions » avec les Ssiad et de transférer aux départements le financement des Samsah de coordination. Cette piste permettrait de mieux délimiter les missions des Samsah, mais elle contribuerait à éloigner du secteur de la santé des services dont la mission essentielle consiste à réinsérer ces publics fragiles dans le milieu ordinaire du soin. Les données de RESID-ESMS permettront en outre de connaître la cotation des actes effectués à domicile par les auxiliaires médicaux des Samsah « interventions » et de mieux évaluer à terme leur complémentarité avec les Ssiad.

⁸⁷ Anap, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social 2019.

⁸⁸ Igas, IGF, Établissements et services pour personnes handicapées – Offre et besoins, modalités de financement, octobre 2012 (disponible sur igas.fr)

2 - Les Sessad, un soutien important au parcours scolaire des enfants handicapés, malgré certaines situations de déscolarisation

a) Les Sessad : un accompagnement global à la scolarité des enfants handicapés et un soutien éducatif et social décisif aux parents

Les Sessad, selon des données anciennes de la Drees⁸⁹, accompagnent 83 % des enfants à leur domicile ou en milieu ordinaire – essentiellement dans les établissements scolaires – et 14 % sont pris en charge, à un moment de la journée, au sein des services.

Parmi les Sessad contrôlés, ceux dont l'agrément concernait principalement le handicap moteur disposaient d'un personnel paramédical plus important que ceux dont l'autorisation recouvrait essentiellement le handicap psychique, mieux pourvus en éducateurs spécialisés.

Une diversité des publics accompagnés et des accompagnements

La CNSA en 2019⁹⁰ constatait, à partir de l'enquête Serafin-PH⁹¹, que « *l'utilisation des moyens des Sessad illustre la diversité des publics accompagnés et des pratiques d'accompagnement* ». Elle catégorisait les 36 Sessad de l'échantillon et dégageait 3 groupes :

- onze Sessad étaient caractérisés « par des moyens dédiés aux accompagnements de rééducation et réadaptation fonctionnelle élevés (25 %), avec un public autorisé à titre principal de personnes polyhandicapées et de déficients moteurs (pas de déficience intellectuelle) » ;
- dix Sessad faisaient état de « dépenses de prestations pour exercer ses rôles sociaux élevées (32 %) et qui correspondent pour l'essentiel aux accompagnements pour mener sa vie d'élève. Le public majoritaire de ces Sessad (type de clientèle autorisé) est composé à 50 % de déficients sensoriels » ;
- neuf Sessad étaient caractérisés par des dépenses de soins et d'autonomie élevées (respectivement 12 % et 17 %), avec des profils de personnes variés.

Compte tenu des horaires des services, pour la plupart calés sur le rythme scolaire, les interventions, y compris paramédicales, sont le plus souvent réalisées sur le lieu de scolarisation. Cette situation présente un avantage pour les familles qui sont déchargées des accompagnements en cabinet libéral – et, le cas échéant, des restes à charge liés aux éventuels dépassements d'honoraires ainsi que des charges afférentes aux prestations non remboursées par l'assurance maladie (tel qu'ergothérapeute). Elle contribue néanmoins à raccourcir le temps scolaire des jeunes en situation de handicap au sein de des établissements scolaires ordinaires.

⁸⁹ Drees, Études et résultats n° 669, Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile - Résultats de l'enquête ES 2006 », novembre 2008.

⁹⁰ CNSA, *Rapport de l'enquête de coûts Serafin-PH. Exploitation des données de l'année 2016*, 2019.

⁹¹ Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées

Tableau n° 6 : part des prestations réalisées par les Sessad

<i>Prestations</i>	Part
<i>2.1 Prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles</i>	30,25
<i>2.2 Prestations en matière d'autonomie</i>	12,61
<i>2.3 Prestations pour la participation sociale</i>	54,85
<i>2.4. Prestations de coordination renforcée pour la cohérence du parcours</i>	2,28

Source : Cour des comptes d'après données Serafin-PH

Les interventions des Sessad visent donc majoritairement la participation sociale de leurs patients. Parmi elles, les accompagnements à l'expression du projet personnalisé représentent un peu plus de 20 % du total des prestations et les accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti un peu moins de 20 %. Les Sessad contrôlés ont souligné que le soutien à la parentalité occupait une place croissante dans leur activité. Il leur revient souvent d'accompagner des familles plus vulnérables socialement dans leurs démarches administratives. Pour ce faire, les services manquent d'assistant social.

Quant aux prestations de soins qui représentent moins d'un tiers de l'ensemble des prestations, elles sont principalement celles des auxiliaires médicaux et des instructeurs en locomotion (21,92 % du total des prestations). En revanche, les accompagnements pour les actes de la vie quotidienne, en faveur de l'autonomie des personnes, sont relativement marginaux (3,84 %), de même que les prestations de coordination renforcée pour la cohérence du parcours (2,28 % des interventions).

b) Des ruptures de prises en charge rares mais à anticiper

Avec un taux d'occupation moyen des places de 103 %⁹², le besoin d'un accompagnement par un Sessad est établi. Les missions des Sessad sont décrites aux articles D. 312-55 du CASF pour les enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles et D. 312-75 pour ceux affectés d'une déficience motrice.

Pour les jeunes d'âge scolaire, l'accompagnement est beaucoup orienté vers le soutien à la scolarisation. Pourtant, comme le relève l'ARS IDF dans son dialogue de gestion 2019, le soutien par un Sessad n'est pas synonyme d'insertion scolaire : 9 % des enfants accompagnés par un Sessad n'étaient pas scolarisés. Cette carence concerne tout particulièrement les enfants polyhandicapés (56 % d'entre eux) et les enfants avec TSA (27 % d'entre eux). L'étude des rapports d'activité des quelques services contrôlés fait apparaître le sujet préoccupant des ruptures de prise en charge. Dans la région Grand Est⁹³, 5 % des jeunes accompagnés par des Sessad retournent à domicile sans solution. Cette part s'élève à 13 % dans les Sessad pour déficience motrice. Deux âges apparaissent plus particulièrement compliqués : la fin de l'obligation de scolarité à 16 ans et la fin de l'accompagnement en secteur enfants, à 20 ans.

⁹² Anap, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social 2019.

⁹³ ARS Grand Est / Creai Grand Est, Exploitation des rapports d'activité harmonisés des Sessad du Grand Est, données d'exploitation 2018 (disponible [en ligne](#)).

Si l'article D. 312-18 du CASF⁹⁴ fait obligation aux ESMS d'assurer le suivi des enfants et adolescents qu'ils ont accompagnés durant les 3 années qui suivent leur sortie, la réalité de ce suivi ressort peu des rapports d'activité des services contrôlés. Lorsqu'il est effectivement mis en place, ce suivi ne semble pas formalisé. Dans l'étude précitée⁹⁵, le taux de jeunes ayant bénéficié d'un acte de suivi en 2018 est de 37,9 % au niveau régional, avec de fortes disparités entre les départements (de 14,9 à 44 %).

Il convient d'une part de s'assurer de la scolarisation effective des jeunes d'âge scolaire, d'autre part d'organiser le suivi effectif des jeunes après leur sortie.

III - Un décompte de l'activité mal établi, qui gêne l'évaluation du service rendu

Le déploiement d'un tableau de bord établi par l'Anap depuis 2015 et des études nationales de coûts de l'Atih permettent de disposer de données relatives à l'activité des ESMS. Néanmoins, elles restent insuffisantes pour apprécier leur performance. Cette carence rend leurs prestations opaques ; elle nuit à la lisibilité de l'offre comme à la pertinence de l'orientation des patients.

A - Une mesure de l'activité à adapter à son niveau de complexité

Les services de soins à domicile, notamment ceux intervenant en faveur des personnes en situation de handicap, ont une activité difficilement réductible à un indicateur de mesure. Il convient donc de mettre en place des comptes rendus qui permettent d'appréhender la qualité des prestations.

1 - La complexité de la mesure de l'activité

Dans leur dialogue avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui payent les dotations globales de soins, les services rendent compte de l'activité des professionnels de santé à partir de la NGAP, qui leur est applicable dans le cadre de l'exercice libéral de leur activité. Mais, pour les aides-soignants des Ssiad comme pour les personnels éducatifs et sociaux de l'ensemble des services, il n'existe pas de nomenclature et les informations concernant leurs activités ne sont pas détaillées par acte. Alors qu'un bordereau trimestriel détaillé était auparavant transmis à la CPAM, les informations sont désormais communiquées dans le cadre de Resid-ESMS et ne retracent plus que les entrées et sorties et les suspensions

⁹⁴ « L'établissement ou le service assure l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie. Afin d'apporter son appui au jeune et à sa famille, en liaison avec les services administratifs et sociaux compétents auxquels il ne se substitue pas, il apporte son concours aux démarches nécessaires pour faciliter l'insertion professionnelle et l'insertion sociale. Cet accompagnement est poursuivi sur une durée minimum de trois ans ».

⁹⁵ Exploitation des rapports d'activité harmonisés des Sessad du Grand Est, données d'exploitation 2018. ARS Grand Est / Creai Grand Est.

de séjours. Les CPAM sont donc en partie aveugles sur l'activité des services médico-sociaux de soins à domicile.

La restitution de l'activité aux ARS, qui tarifient les services, est un sujet traité depuis les décrets de 2005 réformant le fonctionnement des services. Des modèles de rapport d'activité⁹⁶ ont été publiés, des indicateurs ont été fixés réglementairement (article R. 314-17 du CASF traitant de la tarification des services) lors de cette première réforme. Les uns comme les autres ont été longtemps mal – ou pas – renseignés et l'arrêté publié le 12 avril 2019 leur a substitué un tableau de bord de la performance (TDBP), rendu obligatoire.

L'activité des services est, depuis, mesurée essentiellement par l'indicateur « taux d'occupation »⁹⁷ qui prête à interprétations : à titre d'exemple, un Ssiad parisien explique que son taux d'activité est de 93,50 %, mais qu'en décomptant les jours d'absence (de moins de 30 jours⁹⁸) des usagers, il passe à 96,64 % et qu'un calcul par interventions d'infirmiers et d'aides-soignants le porte à 129,3 %. S'agissant de services, le taux d'occupation qui assimile, par convention, une personne prise en charge dans une journée à une journée d'activité n'est pas pertinent.

Plusieurs ARS ont pris l'initiative de formaliser des normes de comptage de l'activité⁹⁹. Les pratiques très disparates d'une région à l'autre et le besoin d'un cadre de référence solide pour conduire le dialogue de gestion avec les ESMS ont amené la CNSA à clarifier le décompte par un guide méthodologique¹⁰⁰. Les mesures qui y sont proposées sont nécessairement conventionnelles et peuvent être mal perçues par les services, comme le comptage d'une seule séance pour la collaboration de deux professionnels intervenant pour un même objectif auprès d'un même bénéficiaire. D'autres conventions induisent de potentiels effets pervers que le guide relève lui-même : « *En comptant le nombre de séances indépendamment de leur durée, il est cependant possible [...] d'encourager une stratégie de multiplication des séances, quitte à les raccourcir* ».

⁹⁶ Pour les Ssiad par exemple, article D312-5-1 du CASF ; décret n° 2004- 613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile et arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile et comprenant les indicateurs mentionnés au 5° de l'article R. 31 4-17 du code de l'action sociale et des familles. Les indicateurs des Sessad ont été fixés par l'arrêté du 20 juillet 2005 modifié par celui du 21 mars 2007.

⁹⁷ Défini comme le rapport entre les nombres de journées réalisées et théoriques.

⁹⁸ Le bénéfice d'une place en Ssiad peut être conservé par un usager hospitalisé. Le recueil des normes et recommandations applicables aux SSIAD publiés en 2015 par la DGCS et l'Anesm précise que « *Un séjour de 21 jours en établissement de santé peut constituer un délai raisonnable au-delà duquel la personne hospitalisée ne pourra plus disposer de sa place au sein du Ssiad* ». Cette durée peut varier selon les territoires.

⁹⁹ Par exemple sur le décompte des jours d'activité en cas d'absence pour hospitalisation : l'ARS Île-de-France prévoit une comptabilisation des journées prévisionnelles pendant les 30 premiers jours, l'ARS Provence-Alpes-Côtes-d'Azur prévoit qu'au-delà de 48h d'hospitalisation, le patient ne doit plus être comptabilisé dans le taux d'activité du Ssiad.

¹⁰⁰ CNSA, *Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)*, janvier 2019.

Le guide méthodologique répond difficilement aux besoins de clarification de l'activité car il souffre de trois défauts : l'absence de caractère normatif, l'extrême complexité de la mesure qu'il propose et l'imprécision de certaines définitions sur le contenu des prestations.

La nomenclature des prestations issues des travaux de Serafin-PH, quant à elle, permet d'établir un vocabulaire commun et contribue à harmoniser les compte rendus d'activité. Elle ne renseigne pas sur l'intensité des interventions.

2 - Conjuguer une palette d'informations pour mieux apprécier la qualité des prestations

Pour maximiser l'activité des services, la mesure ne devrait plus être réalisée seulement par place ou par journée mais également par file active¹⁰¹, qui permet de mieux adapter le nombre de personnes suivies aux capacités d'accompagnement : les Samsah contrôlés ont insisté sur les variations d'intensité dans l'accompagnement entre une mobilisation soutenue au début et un suivi au long cours plus léger par la suite.

À ces indicateurs de capacité, il convient d'ajouter des précisions sur l'intensité des accompagnements (nombre, durée et nature des passages par patient). De même, d'autres indicateurs comme le taux de couverture du territoire, la file d'attente et son mode de gestion, le suivi des refus de prise en charge, etc. doivent être suivis régulièrement. Enfin, d'autres facteurs peuvent être pris en compte¹⁰² : les spécificités de l'environnement (isolement géographique et accès aux soins) et de l'entourage du patient (présence et rôle d'aidants) ; le degré de dépendance du patient, l'éventualité de « comportements problèmes » (opposition aux soins), les évolutions de l'état de santé somatique et psychique de la personne (amélioration, aggravation ou stabilisation). Ces informations objectiveraient mieux le niveau d'activité de chaque service, par typologie d'interventions ou de publics accompagnés. Collectées *via* les rapports d'activité, elles permettraient, à terme, la réalisation d'études sur les besoins des publics accompagnés et les réponses qui y sont apportées.

¹⁰¹ La file active est le nombre de personnes accompagnées par l'ESMS au moins une fois dans l'année, le décompte des usagers est alors potentiellement supérieur à la capacité autorisée exprimée en nombre de places. Le « guide méthodologique – mesure de l'activité » publié par la CNSA en janvier 2019 indique : « *Fonctionner "en file active" signifie en réalité moduler l'accompagnement proposé à chaque personne dans une logique de personnalisation, et de subsidiarité avec des interventions de professionnels libéraux, d'autres acteurs du champ médico-social ou d'acteurs dits du milieu ordinaire, et chercher à accompagner le plus de personnes possible compte tenu des ressources de l'ESMS* ».

¹⁰² Ils ont été référencés par la CNSA dans son étude « *Perception des « marqueurs de charges en accompagnement » au sein des établissements et services médico-sociaux* » de septembre 2018.

B - Le développement nécessaire du contrôle de gestion interne

De même, l'organisation interne du gestionnaire doit faire l'objet d'une analyse afin de déterminer et suivre des objectifs de performance dans la gestion. Cet aspect concerne principalement les dépenses de gestion (maintenance des locaux, loyers, gestion des déplacements et du parc de véhicules) et le niveau d'intégration organisationnelle (mutualisations des personnels support administratifs ou techniques).

Les responsables de Ssiad ont également insisté sur l'intérêt de logiciels permettant d'optimiser les « tournées ». Cette tâche incombe à l'infirmier coordonnateur qui doit conjuguer les souhaits exprimés par les patients – sur un horaire de passage, les préférences relationnelles avec certains professionnels –, les disponibilité et qualification des personnels, l'harmonisation des charges de travail, l'optimisation des temps de déplacement, etc. Les gestionnaires de Ssiad importants ou d'établissements et services multiples - sanitaires ou sociaux médico-sociaux - s'appuient sur des logiciels de gestion des ressources humaines permettant l'élaboration de plannings prévisionnels.

La nécessité de numériser les ESMS s'impose. Les premiers enseignements tirés du tableau de bord de l'Anap, en juin 2018, montrent que « 6 % des ESMS intervenant à domicile ne disposent d'aucun poste informatique pour les profils métiers (contre 0 % pour les autres ESMS) ». L'informatisation du dossier usager paraissait en retrait dans le champ du handicap par rapport à celui des personnes âgées, renvoyant à un questionnement sur l'adaptation des outils déployés aux spécificités de l'activité PH.

La prise de conscience de cette carence par les pouvoirs publics se traduit par le programme ESMS numérique, piloté par la CNSA. Il repose principalement sur le déploiement d'un dossier usager informatisé (DUI) pour chaque personne accompagnée et s'étalera sur plusieurs années¹⁰⁴. Le projet vise l'équipement en logiciel et matériel informatique mais également à aider les ESMS déjà équipés à rendre les dossiers patients interopérables avec les autres systèmes d'information de santé (dossier médical partagé, messagerie sécurisée en santé...) ¹⁰⁵. La publication d'un cahier des charges auquel les éditeurs de solutions devront se conformer doit conduire l'évolution des solutions informatiques du marché vers plus d'interopérabilité et de sécurisation des données

¹⁰⁴ Le Ségur de la santé prévoit ainsi 600 millions d'euros, à cette fin, sur la période 2021-2025. Sur la période 2020-fin 2022, appelée phase d'amorçage, la CNSA investira 30 millions d'euros pour la modernisation numérique d'environ 800 établissements et services médico-sociaux, soit 50 projets pilotes.

¹⁰⁵ La solution de DUI dans les structures médico-sociales devra intégrer la messagerie de santé sécurisant les échanges d'informations entre professionnels. Elle devra communiquer avec le dossier médical partagé (DMP), avec le module de e-prescription, qui dématérialise la transmission des ordonnances entre les professionnels, et avec les plateformes régionales e-parcours qui assurent la coordination des soins dans les territoires.

IV - Des améliorations à promouvoir dans l'organisation des services

A - Les amplitudes d'ouverture, un sujet déjà traité pour les Ssiad, à améliorer pour les Sessad

1 - Des améliorations progressives dans l'amplitude d'ouverture des Ssiad

Selon la circulaire de 2005¹⁰⁶, « *les Ssiad doivent être en mesure d'assurer ou de faire assurer les soins, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires* ». Si cette continuité de services n'oblige pas à une ouverture en continu des services, les Ssiad ont cependant élargi leur amplitude de fonctionnement. L'étude de l'Atih en 2018 indique que 70 % des usagers des Ssiad sont pris en charge le weekend.

Selon l'enquête effectuée par l'Observatoire régional de santé (ORS) de Nouvelle Aquitaine¹⁰⁷, l'amplitude médiane d'ouverture des Ssiad serait de 7h30 à 19h30, soit des journées de 10 h, pause méridienne déduite. Alors que les soins apportés par les Ssiad sont assurés pour accompagner les levers et couchers des patients, l'ouverture des services apparaît globalement contraignante : un service sur trois (32 %) est parfois amené à refuser certaines prises en charge du fait de sa couverture horaire. Si ce motif de refus est le plus souvent exceptionnel, il est récurrent pour quelques services (7 %). Or, près de la moitié des services sont régulièrement sollicités (dont 14 % très régulièrement) pour des interventions le soir, la nuit ou le week-end.

La demande d'aide la nuit, réelle, ne correspond pas nécessairement aux prestations assurées par les Ssiad. En effet, le rapport de l'ORS de Nouvelle-Aquitaine analysait la nature des besoins ressentis par les patients en soirée et la nuit et peu d'entre eux correspondaient aux prestations spécifiques des Ssiad, c'est-à-dire des soins de base et relationnels dispensés par des aides-soignants¹⁰⁸.

Les interrogations sur la nécessité d'une mobilisation des Ssiad la nuit font écho aux constats établis par un service lyonnais. Celui-ci a mis en place depuis 2014, en plus d'un Ssiad classique, une garde itinérante de nuit (GIN) de 10 places programmées et 2 places d'urgence¹⁰⁹, en réponse à un appel à projets. Alors que le Ssiad « classique » affiche un taux d'occupation de 95,27 % en 2019 et une liste d'attente de 122 personnes sur un total de 88 places, le taux d'occupation de la GIN n'était que de 84,01 % et le rapport d'activité mentionne : « *en 2019, il y a eu peu d'appels pour les places d'urgence qui concernaient toutes un bénéficiaire du Ssiad* ».

¹⁰⁶ Circulaire DGAS/2C n° 2005-111 du 28 février 2005.

¹⁰⁷ ORS Nouvelle Aquitaine, *Enquête sur la couverture horaire des interventions assurées par les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les difficultés rencontrées*, avril 2019.

¹⁰⁸ 4 patients sur 10 disent avoir éprouvé au moins une fois le besoin d'une aide en soirée ou la nuit mais moins d'1 patient sur 20 ont éprouvé le besoin d'appeler le Ssiad en soirée après le passage de l'aide-soignant ou la nuit.

¹⁰⁹ Les personnes admises dans cette GIN relèvent « *d'un état de dépendance, ou viv[ent] dans un contexte de précarité ou d'isolement justifiant une intervention entre 20h et 7h du matin* ».

ou de la GIN pour une intervention en contexte complexe ». La pertinence des prestations d'aides-soignants, la nuit et pour des urgences, est ainsi questionnée.

Dès lors que l'amplitude horaire des services autorise les prises en charge en fin de semaine et des couchers tardifs, les besoins de nuit paraissent plutôt susceptibles d'être gérés par des mesures de prévention (contre les chutes, en particulier) ou susceptibles de relever d'un avis médical, ou, au moins, infirmier. Sous réserve d'une étude détaillée sur les demandes d'aide la nuit, l'intégration des patients des services dans un dispositif d'astreinte ou de permanence médicale ou infirmière, desservant leur bassin de vie, paraîtrait mieux appropriée.

2 - Des plages d'ouverture à étendre dans les services à destination des jeunes handicapés

Le fonctionnement des Sessad est globalement calé sur le rythme scolaire des enfants : le calendrier de l'Éducation nationale compte 180 jours, les services sont le plus souvent ouverts une semaine sur deux lors des vacances en cours d'année scolaire et s'interrompent au moins 4 semaines en août¹¹⁰. Plusieurs études diligentées par les ARS¹¹¹ soulignent l'hétérogénéité des périodes d'ouverture, certains Sessad étant ouverts moins de 40 semaines par an.

L'exploitation des rapports d'activité harmonisés des Sessad du Grand Est par le Creai Grand Est a montré que, globalement, en 2018, la moitié des Sessad ont au moins 206 jours d'activité dans l'année, avec un minimum de 164 jours dans un Sessad marnais avec une autorisation DI/TSA/Polyhandicap et un maximum de 282 jours dans un Sessad avec une même autorisation en Moselle. La moitié des services agréés pour déficience motrice comptabilise au moins 208 jours d'activité par an, tandis que ceux agréés pour déficience sensorielle sont ouverts au moins 185 jours, soit 23 jours d'écart.

Ces disparités tiennent pour l'essentiel à l'histoire des services et à l'organisation du travail de leurs personnels.

Cette modalité de fonctionnement n'est jamais mise en cause. Or, elle génère une concentration des soins sur le temps scolaire, contribuant à réduire encore la disponibilité des enfants pour l'acquisition des connaissances¹¹³. Ce point doit être interrogé alors que la faiblesse des performances scolaires de ces jeunes est soulignée : 6 % de l'ensemble des élèves en situation de handicap ont fait un parcours de la sixième à la première générale ou technologique sans redoublement, contre 39 % pour l'ensemble des élèves.

¹¹⁰ Drees, Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile. Résultats de l'enquête ES 2006, novembre 2008.

¹¹¹ ARS Pays de la Loire, Bilan des inspections de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) réalisées de 2013 à 2016, février 2017. ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Les Sessad en Rhône-Alpes au 31/12/2014: Mieux connaître leurs organisations, fonctionnements et activités, janvier 2017.

¹¹³ Temps déjà réduit puisque 15,1 % des élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire à temps partiel ; 11,3 % d'entre eux scolarisés en ULIS (cf. ministère de l'éducation nationale - repères & références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche – 2018).

De surcroît, elle complique l'accès à l'emploi des deux parents. La Drees¹¹⁴ fait apparaître que « *les mères d'enfant handicapé déclarent 2,5 fois plus souvent que les autres mères être inactives* ». Par ailleurs, quand elles travaillent, elles sont plus souvent à temps partiel (42 % contre 31 %). La situation est d'autant plus tendue que « *les ménages bénéficiaires de l'AAEH sont plus souvent des familles monoparentales : 30 % sont dans cette situation (neuf fois sur dix des mères et leurs enfants), soit 7 points de plus que les autres ménages avec enfant de moins de 20 ans* ». Le cumul de ces facteurs explique vraisemblablement que le niveau de vie mensuel moyen des parents d'enfant handicapé soit de 1 567 euros, soit 272 euros de moins que les autres ménages avec enfant de moins de 20 ans et que « *les ménages bénéficiaires de l'AAEH vivent sous le seuil de pauvreté dans 24 % des cas, contre 17 % pour les autres ménages avec enfants* ».

L'extension des accompagnements sur les temps périscolaires et les vacances est un sujet qui mérite d'être traité lors des négociations de CPOM.

B - Une multitude de services de petite capacité à regrouper

Dans l'ensemble, les services de soins à domicile sont de petite taille. La capacité moyenne des Ssiad est passée de 40 à 60 places entre 2002 et 2018¹¹⁵, mais la moitié des services ont encore moins de 50 places. Or, certaines fédérations¹¹⁶ considèrent que le seuil critique d'équilibre financier se situe à 50 places, ce qui explique en partie les difficultés financières de certains d'entre eux. Les services destinés aux personnes en situation de handicap sont encore plus petits : les Sessad sont en moyenne dotés de 31 places et les Samsah de 25 places.

En conséquence, les équipes sont de taille réduite. En effet les taux d'encadrement sont de 24 ETP pour 100 places installées en Samsah et à 27,1 pour les Sessad en 2018¹¹⁷. Appliqué aux nombre de places moyen, la médiane s'élève à 6 ETP pour les Samsah et à 8,5 pour les Sessad. Pour les Ssiad, la médiane est de 23,7 ETP pour 100 places installées, ce qui conduit à un nombre moyen d'environ 12 ETP par service.

Les contrôles ont montré que la gestion concomitante de plusieurs ESMS par un même organisme favorise la mutualisation et la professionnalisation des fonctions supports¹¹⁸ et des ressources humaines « rares » (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.). Ainsi, les contrôles de services ont montré que, lorsque les gestionnaires emploient des psychologues,

¹¹⁴ Drees, Études et résultats n° 1169, Parents d'enfant handicapé : davantage de familles monoparentales, une situation moins favorable sur le marché du travail et des niveaux de vie plus *faibles*, novembre 2020.

¹¹⁵ Médiane à 50 places.

¹¹⁶ Fehap, Les services à domicile médico-sociaux & sanitaires en région.

¹¹⁷ CNSA, Analyse des comptes administratifs 2017 et 2018 – Établissements et services accueillant des personnes handicapées – Services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, novembre 2020 (disponible sur cnsa.fr).

¹¹⁸ Contrairement aux services pour personnes en situation de handicap, les Ssiad autonomes n'ont pas l'obligation réglementaire de disposer d'un poste de directeur qualifié¹¹⁸. Les infirmiers coordinateurs cumulent les tâches de coordination des soins et les fonctions de direction administrative dans les services contrôlés de petite taille et autonomes. Les données de l'Anap confirment ce phénomène, montrant un personnel de direction de 1,2 ETP pour 100 places installées et de 1,7 pour les Spsad, plus faible que dans les autres ESMS.

ergothérapeutes, psychomotriciens – au titre d’autres services éventuellement, notamment des équipes spécialisées Alzheimer (ESA)¹¹⁹ –, ils positionnent ces professionnels sur l’ensemble des personnes accompagnées, notamment pour des actions de prévention ou d’évaluation. Cette mutualisation de personnels aux compétences techniques pointues conforte les prestations classiques et permet de répondre de manière plus efficiente aux missions assignées aux services par le code. C’est ainsi que l’article D. 312-2 du CASF prévoit la présence de pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychologues au sein des Ssiad mais dans la pratique, les soins dispensés par ces professionnels salariés sont marginaux – de l’ordre de 0,1 % pour l’ensemble. Les Ssiad estiment, en effet, ne pas être en mesure d’assurer financièrement, sur leur dotation globale, la charge de ces professionnels de santé et choisissent de se concentrer sur le rôle infirmier. La mutualisation pallie avantageusement cette difficulté.

La gestion de structures multiples au sein d’une même entité permet l’élaboration et le suivi de CPOM à plus forts enjeux, notamment en matière de recomposition de l’offre, et l’allocation plus fluide des ressources.

Faire émerger des gestionnaires sur lesquels bâtir une véritable stratégie de l’offre, suppose d’inciter à un regroupement des structures. Les ARS Île-de-France¹²⁰ et Auvergne-Rhône-Alpes s’y emploient au travers de la signature des CPOM, de l’instruction des dossiers du plan d’aide à l’investissement de la CNSA (PAI) et dans la répartition des crédits disponibles par extension de places. Cette démarche doit être valorisée dans les objectifs fixés aux ARS (cf. chapitre III).

C - Assurer des prestations de qualité

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale¹²¹, une insistance particulière est de mise concernant la qualité des prestations rendues. Toutefois, les règles d’expression des usagers et de signalements des événements indésirables doivent être adaptées au contexte particulier des prestations à domicile, la réforme des évaluations mise en œuvre et les contrôles renforcés.

¹¹⁹ Les ESA sont portées par une structure ayant une capacité minimale de 60 places de Ssiad et bénéficient de financements dédiés de la part des ARS. L’équipe spécialisée est composée : d’un IDEC (0,25 ETP), d’un ergothérapeute et/ou psychomotricien (1 ETP) et d’assistants de soins en gérontologie (ASG, 1,5 ETP). Les ESA ont vocation à disposer d’un champ d’intervention territorial plus large que les Ssiad. La répartition nationale des ESA est fonction du nombre de patients en affection de longue durée (ALD) 15 (maladie Alzheimer et pathologies assimilées) dans la région.

¹²⁰ En mai 2015, une charte a été signée par le DG de l’ARS Île-de-France avec toutes les fédérations du secteur promouvant la restructuration des ESMS et incitant ces derniers à se rapprocher.

¹²¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale.

1 - Un développement souhaitable de l'expression des usagers et des circuits de signalement

Parmi les outils mis en place par la loi du 2 janvier 2002, des groupes d'expression « ou tout autre forme de participation »¹²² – à défaut de conseils de la vie sociale (CVS) réunis dans les établissements – doivent permettre d'associer les usagers et leurs familles aux orientations du service. Or, selon plusieurs études d'ARS, seuls 66,7 % des Samsah¹²³ et 60 % des Sessad¹²⁴ disposaient d'un recueil de la satisfaction des usagers. Dans les services contrôlés, seuls les gestionnaires d'équipements multiples réalisaient régulièrement des enquêtes de satisfaction et utilisaient la possibilité ménagée à l'article D. 311-3 du CASF de tenir des CVS communs.

Tous les services n'ont pas organisé de procédure de recueil des réclamations, les ARS indiquant en outre recevoir très peu de courriers concernant les prises en charge à domicile. Dans l'étude de l'ARS Pays de la Loire, il apparaît que la majorité des Sessad ne mentionnait pas dans leur communication la possibilité de recours aux personnes qualifiées.

Plus préoccupant, contrairement à la réglementation¹²⁵, seuls 30 % des Sessad disposaient d'une procédure de déclaration et gestion des événements indésirables. En revanche, les Ssiad contrôlés mentionnent pour leur quasi-totalité la présence d'une telle procédure. De manière générale, les rapports d'activité consultés ne relèvent jamais d'événements indésirables graves concernant les services, ce qui pose un certain nombre d'interrogations sur leur détection et leur déclaration.

La mise en place à court terme d'un recueil des réclamations des usagers et la vérification de l'effectivité de la procédure de signalement des événements indésirables graves doit être une priorité des pouvoirs publics, incluse dans les objectifs assignés aux gestionnaires.

Beaucoup des services contrôlés ont cependant fait état de démarches de supervision des pratiques et de l'accent mis sur les formations pour garantir la bienveillance des prises en charge. En revanche, le contrôle qualitatif interne des prestations réalisées n'a jamais été mentionné, dans un secteur où les prestations sont souvent réalisées par un intervenant isolé.

Plusieurs gestionnaires associatifs ont fait le choix de développer une certification qualité en leur sein. C'est plus particulièrement le cas des Ssiad adossés à des Saad qui étaient encouragés à mettre en place cette certification qualité, comme celle de l'Afnor par exemple.

¹²² Article D. 311-3 du CASF.

¹²³ Creai Centre Val-de-Loire, Les Samsah en région Centre-Val de Loire. Des dispositifs singuliers pour des personnes en situation de handicap aux parcours pluriels, 2016 (disponible [en ligne](#)).

¹²⁴ ARS Pays-de-la-Loire, Bilan des inspections de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) réalisées de 2013 à 2016, février 2017 (disponible [en ligne](#)).

¹²⁵ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves modifiant l'article R. 1413-67 du CSP.

2 - Les évaluations en cours de réforme

Depuis la loi du 2 janvier 2002, qui a instauré le principe de l'évaluation¹²⁶, sa mise en œuvre a fait l'objet de critiques¹²⁷. Le premier cycle d'évaluations s'est révélé très lourd, notamment pour les autorités de tarification qui ont dû faire face à un afflux important de demandes concomitantes de renouvellement de leurs autorisations. L'hétérogénéité des référentiels d'évaluation interne utilisés par les ESMS et des rapports produits par les organismes certifiés n'ont pas permis de réaliser des comparaisons sectorielles.

En 2019, une réforme a donc allégé la procédure¹²⁸ et la HAS a été missionnée pour élaborer un référentiel pour l'ensemble des ESMS, comprenant un tronc commun et des volets spécifiques aux différentes catégories d'établissements ou de services. Le nouveau dispositif devait s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2021, mais la crise sanitaire a conduit à son report au 1^{er} novembre 2021. La démarche d'évaluation devrait être sensiblement modernisée et rendue plus efficace : elle combine désormais trois techniques (l'accompagné traceur, le traceur ciblé, l'audit système¹²⁹) qui permettent un regard croisé sur le fonctionnement réel des services.

Faute de mise en œuvre à ce jour, il n'est possible, à ce stade, que de saluer l'effort consenti pour tirer les leçons des campagnes précédentes et proposer un nouveau modèle, *a priori* dynamique et innovant.

¹²⁶ Le dispositif consistait en une évaluation interne tous les cinq ans et une évaluation externe tous les sept ans.

¹²⁷ Igas, Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2017 (disponible sur igas.fr).

¹²⁸ La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a fusionné évaluation interne et évaluation externe en une procédure unique tout en maintenant deux phases d'évaluation. Cependant, cette fusion recouvre une première phase d'autoévaluation – proche de l'évaluation interne mais toutefois allégée – et le maintien d'une phase d'évaluation externe assurée par un organisme habilité par l'HAS.

¹²⁹ L'accompagné traceur évalue la qualité de l'accompagnement de la personne dans la structure. Le traceur ciblé consiste à évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs. L'audit système consiste à évaluer un ensemble de processus pour s'assurer de leur maîtrise et de leur capacité à atteindre les objectifs.

3 - Les contrôles des ARS à redynamiser

Le contrôle de l'autorisation et du fonctionnement des ESMS a été modifié par l'ordonnance du 17 janvier 2018¹³⁰ et le décret du 17 décembre 2019 pris pour son application¹³¹, notamment quant aux sanctions applicables en cas de dysfonctionnements.

Si cette évolution était certainement nécessaire, elle ne résout pas le problème du temps disponible pour les contrôles d'ESMS, mis en exergue par la Cour des comptes dans ses observations définitives adressées aux ARS lors de précédents contrôles. En effet, il a été constaté à ces occasions que les contrôles visaient un très petit nombre d'établissements, principalement des Ehpad. Les ESMS dédiés aux personnes en situation de handicap et les services à domicile échappaient de fait aux contrôles. À titre d'exemple, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes qui a planifié 14 contrôles de services pour 2018 et 2019 n'en a réalisé que 5 : 4 Ssiad, 1 Sessad. Le dialogue de gestion 2019, axé sur les outils mis en place pour la gestion des risques, des EIG et la prévention de la maltraitance ne donne pas de renseignements sur la réalité des suites apportées à ces contrôles.

Les contrôles de l'ensemble des ESMS sont un impératif pour les pouvoirs publics. Leur déploiement et les moyens pour les conduire devraient être un sujet systématique des contrats passés entre les ARS et les directions d'administration centrale.

¹³⁰ Ordonnance n° 2018-22 du 17 janvier 2018 relative au contrôle de la mise en œuvre des dispositions du code de l'action sociale et des familles. Selon l'exposé des motifs du projet de loi de ratification déposé à l'Assemblée nationale le 6 juillet 2018, « l'ordonnance a pour objet principal de simplifier et d'adapter les règles du contrôle [...]. Elle permet d'enjoindre à un établissement de prendre les mesures nécessaires pour prévenir tout risque pour les personnes accueillies ou pour garantir le respect de leurs droits, quelle que soit la qualification juridique de ce risque [...]. Elle permet également, dans le respect du principe de proportionnalité et après procédure contradictoire, de moduler, sous formes d'astreintes, de sanctions financières, ou d'interdictions partielles, les mesures qui peuvent être prises quand une telle injonction n'est pas suivie d'effet, sans avoir à recourir nécessairement, comme aujourd'hui, à la désignation d'un administrateur provisoire ou à la fermeture de l'établissement ».

¹³¹ Décret n° 2019-1382 du 17 décembre 2019 pris pour l'application de l'ordonnance n° 2018-22 du 17 janvier 2018.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'action des services de soins à domicile apparaît comme un élément important de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Les Ssiad, en particulier, sont un facteur d'optimisation des prises en charge à domicile, notamment lorsqu'ils sont constitués en Spasad. Les services de soin à disposition des personnes en situation de handicap, quant à eux, sont des vecteurs d'inclusion sociale, souvent indispensables. Si leurs prestations directes en soins n'y sont pas majoritaires, elles garantissent cependant la prise en compte de l'aspect sanitaire des situations individuelles des patients.

Près de 40 ans après la création des premiers services de soins à domicile, les indicateurs mis en place pour mesurer l'activité restent purement quantitatifs et ne rendent compte ni de la qualité ni de l'intensité des soins.

L'opacité de l'activité des services devrait être levée par une normalisation de la description mais aussi du compte-rendu des interventions, de manière à tenir compte de l'intensité des prestations dispensées aux patients.

Cette mesure, certes difficile, est nécessaire pour assurer l'optimisation des équipements. Celle-ci passe par une adaptation des moyens mis à disposition des services, dans le cadre de CPOM à signer entre autorités de contrôle et de tarification et gestionnaires.

L'organisation des services doit être, par ailleurs, améliorée : les amplitudes d'ouverture sont un élément essentiel de la qualité des prises en charge. C'est particulièrement vrai pour les jeunes handicapés. Pour ce qui concerne les Ssiad, des progrès ont été enregistrés et l'organisation des réponses aux besoins d'aide la nuit doit être plutôt envisagée dans le cadre plus large de l'organisation de la permanence des soins au sein des différents bassins de vie.

L'amélioration de la performance des services milite pour la concentration des gestionnaires d'ESMS.

La recherche d'une garantie de prestations de qualité est une démarche réglementaire, souvent confortée dans les services par des outils complémentaires, qui trouvent leur limite dans le caractère très procédural des démarches. L'évolution des modalités d'évaluation permettra de renforcer la démarche qualité des services, mais elle ne doit pas être exclusive de contrôles accrus des pouvoirs publics.

La Cour formule les recommandations suivantes :

2. vérifier la mise en place effective d'un recueil des réclamations des usagers, des déclarations des événements indésirables graves et des contrôles internes et externes de la bientraitance (Agences régionales de santé).

3. compléter les indicateurs existants afin de mieux mesurer l'activité des services de soins et normaliser les comptes rendus transmis aux ARS (ministère des solidarités et de la santé et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

Chapitre III

Promouvoir l'offre de services en renforçant son efficacité

Les services de soins à domicile sont concernés par des problématiques qui les dépassent le plus souvent mais les concernent néanmoins avec une acuité singulière : ils sont un segment du parcours de soins des personnes en perte d'autonomie et le renforcement de leur efficacité passe par une organisation territoriale des soins plus intégrée, sous l'égide des ARS (I) ; la réforme de leur financement pour renforcer leur performance (II) et l'amélioration de l'attractivité du secteur pour leur permettre de produire des prestations de qualité (III).

I - Une efficacité des services à renforcer en organisant des réponses territoriales intégrées et graduées

La pertinence de l'accompagnement des publics fragiles repose sur un triptyque : identifier les besoins de ces personnes, organiser la gradation des soins et construire un « écosystème intégré » de santé sur leurs bassins de vie. Dans ce schéma où les services de soins ont un rôle essentiel à jouer, il convient de mettre en œuvre tous les leviers d'action qui se trouvent, s'agissant de soins, essentiellement entre les mains des ARS. Les contrôles de la Cour sur ces services déconcentrés ont montré que cette mission d'ingénierie dans l'organisation de la santé de proximité représenterait un saut qualitatif important dans leur pratique qui suppose la mise à disposition de système d'information et de ressources adaptées, ainsi que l'élaboration de référentiels et la diffusion de bonnes pratiques.

La construction des territoires de santé reposera sur la structuration du secteur médico-social (I), l'articulation avec les autres segments de soins (II) et l'organisation de partenariats actifs avec d'autres volets de l'accompagnement des publics fragiles (III).

A - Faciliter les parcours en structurant le secteur médico-social

Les évolutions récentes introduites dans le fonctionnement des ESMS, notamment dans le secteur des personnes en situation de handicap, tracent des pistes intéressantes pour une meilleure structuration des accompagnements dans une logique de parcours.

1 - Les évolutions récentes de la prise en charge des personnes handicapées à étendre et accompagner

La construction des parcours de soins est une préoccupation présente dans le secteur médico-social depuis plusieurs années. Alors que les articulations entre aide et soins (telles que les Spasad et les Samsah) tendent à promouvoir le domicile comme alternative à un accompagnement en hébergement collectif pour les adultes, d'autres formules mises en œuvre en faveur des personnes en situation de handicap proposent d'instaurer une plus grande modularité dans l'accompagnement, par un fonctionnement en dispositif ou la mise en place d'instances de coordination adossées à des ESMS.

a) Des parcours des jeunes plus simples grâce aux fonctionnements en dispositif

La volonté d'inclure les personnes en situation de handicap dans la société s'est traduite par la généralisation rapide de la possibilité, ouverte aux structures, de fonctionner en « dispositifs » d'accompagnement, entre services et établissements d'éducation adaptée. À l'issue d'une expérimentation démarrée en 2013, les « dispositifs Itep¹³² » (Ditep) ont été généralisés¹³³ par la loi du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance¹³⁴. Les dispositifs peuvent associer désormais des Sessad avec les instituts médico-éducatifs (IME), les instituts d'éducation motrice (IEM), etc.

Le Ditep vise à faciliter les passages entre les modalités d'accompagnement proposées par les Itep, en internat et scolarisation « adaptée », et les Sessad, susceptibles d'accompagner les jeunes aux troubles du comportement, troubles handicapants en milieu ordinaire. L'objectif principal est d'adapter rapidement les prises en charge aux évolutions des situations des jeunes, en limitant les crises et les ruptures. La CDAPH prononce une orientation vers un Ditep, en lieu et place d'un établissement ou d'un service. Dans ce cas, elle autorise l'équipe qui accompagne le jeune à modifier les modalités de suivi, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux, sans qu'il soit nécessaire qu'elle prenne une nouvelle décision (il suffit de l'en informer)¹³⁵.

Une évaluation très positive du fonctionnement en Ditep a été réalisée¹³⁶. Elle souligne son intérêt tant vis-à-vis des jeunes que du développement des partenariats. L'intégration plus rapide des jeunes en liste d'attente et la capacité à exercer des actions de prévention ont été notamment relevées. Les caractères chronophage et complexe des transformations sont

¹³² Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep).

¹³³ Article 91 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, codifié à l'article L. 312-71 du CASF.

¹³⁴ Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.

¹³⁵ Le fonctionnement en dispositif suppose la capacité à proposer trois modalités d'accueil : intervention ambulatoire sur les lieux de vie par un Sessad ; accueil de jour en externat ou semi-internat ; accueil de nuit en internat ou en Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) de façon modulable (à temps complet, de semaine, séquentiel ou temporaire). Les données nécessaires aux suivis des jeunes accueillis et de l'activité sont exigées annuellement des ESMS inclus dans les Ditep.

¹³⁶ Igas, Inspection générale de l'Éducation nationale et Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la recherche (IGAENR), *Évaluation du fonctionnement en dispositifs intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et des perspectives d'extension*, août 2021.

cependant mis en exergue. Ils résultent principalement du temps nécessaire de coordination avec les autres intervenants (services de protection de l'enfance, pédopsychiatrie, etc.) – comme pour les Spasad – et de « l'insuffisante formation des personnels, principalement de l'Éducation nationale ».

Ce nouveau mode de fonctionnement est une évolution majeure de l'offre médico-sociale. Sa généralisation doit tenir compte des contraintes d'organisation afférentes. La réglementation commune aux Ditep et aux autres dispositifs prévus institue ces dispositifs comme une faculté d'organisation, non une obligation. Il revient donc aux ARS de susciter les évolutions des projets de service ou d'établissement pour assurer le maillage du territoire¹³⁷ et d'aider à la conclusion de partenariats. Une fois de plus, le temps nécessaire à la coordination des interventions comme à l'animation des partenariats doit être pris en compte dans l'allocation des ressources.

b) L'internalisation, dans les services, de la coordination des parcours complexes dans le cadre des PCPE : un exemple potentiel pour les autres services de soins à domicile

Les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)¹³⁸ ont pour mission de prévenir les ruptures de parcours, principalement en mobilisant les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux exerçant sur un territoire et, de manière subsidiaire, en délivrant directement des prestations. Les PCPE sont organisés pour prendre appui sur les ESMS déjà autorisés¹³⁹, contrairement aux coordinations mises en place dans le secteur des personnes âgées, qui se caractérisent par un empilement de structures autonomes aux performances discutables et une complexification accrue de la lisibilité de l'offre (cf. *supra*). Ces PCPE intègrent des partenariats, notamment avec des équipes de soins primaires, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et les associations représentant les personnes handicapées.

La définition de limites souples des accompagnements réalisés dans ce cadre – un an renouvelable une fois –, en fonction des besoins de la personne et/ou dans l'attente de la mise en place d'une solution plus adaptée¹⁴⁰ est intéressante car elle conduit à repenser les accompagnements régulièrement. Il revient aux ARS d'assurer à ces dispositifs une couverture territoriale ajustée.

L'intégration de ces missions de coordination des prestations et d'animation des partenariats au sein d'ESMS existants apparaît plus efficace que l'empilement de structures supplémentaires qui a été réalisé dans le domaine des personnes âgées, dont la gestion à elle

¹³⁷ En Auvergne-Rhône-Alpes, le dialogue de gestion 2019 établit que, « sur les 12 départements de la région, 11 départements ont signé une convention entre institutions partenaires (ARS, EN, ESMS, MDPH, CD, PJJ, pédopsychiatrie) et 1 est en cours de signature. Sur les 30 organismes gestionnaires, 28 ont intégré dans leur CPOM la transformation en Ditep ». Dans cette région, le déploiement apparaît très avancé.

¹³⁸ Ces pôles ont été définis par l'instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 qui en a fixé un cahier des charges type.

¹³⁹ Ces ESMS doivent élaborer un projet de service spécifique au PCPE qui formalise les partenariats nécessaires au bon fonctionnement du pôle, notamment avec des équipes de soins primaires, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et les associations représentant les personnes handicapées.

¹⁴⁰ Avec des dérogations possibles par la MDPH, notamment dans le cadre des plans d'accompagnement global (PAG) élaborés dans la perspective du plan « zéro sans solution ».

seule constitue des coûts additionnels. L'effet « filière », enfermant un patient dans les prestations produites par un même gestionnaire, n'a pas été constaté sur le terrain. À l'inverse, les bénéfices retirés d'une meilleure coordination des interventions sont indéniables pour les usagers. Le portage des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), nouvellement créés à partir des structures de coordination existantes, par les organismes médico-sociaux pourrait être envisagé. Il permettrait de résoudre le problème de l'orientation des personnes âgées vers les structures les plus adaptées, en soutien des médecins traitants.

2 - Des autorisations à adapter et des territoires à organiser pour permettre une plus grande fluidité des prises en charge

a) Dans le domaine du handicap

Face à la diversité de la nomenclature des handicaps visés dans les autorisations, l'enjeu pour les autorités locales est de s'assurer que l'offre nécessaire, spécialisée ou pas, est effectivement disponible sur les territoires.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a promu, pour ce faire, une démarche intéressante, énoncée notamment dans l'instruction de son directeur général du 1^{er} février 2019¹⁴¹ : elle organise une gradation dans les accompagnements. Sur l'ensemble du territoire régional, le recours à un ESMS généraliste de premier niveau doit être garanti ; un accompagnement complémentaire, spécialisé sur une déficience ou une technique d'accompagnement, peut intervenir et constituer un 2^{ème} niveau d'intervention – l'utilisateur est alors comptabilisé dans la file active de chacun des ESMS intervenant. Un troisième niveau dépasse le secteur médico-social et recouvre également les centres d'expertise présents sur le territoire. L'ARS confie en outre à tout ESMS une fonction de ressources de proximité pour l'ensemble des services du milieu ordinaire ou des accompagnements de droit commun, sans financement spécifique de cette activité qui correspond « à la mission propre de l'ESMS ».

La démarche est fondée sur la procédure de contractualisation qui constitue l'occasion d'identifier les niveaux d'expertise des services existants et de réviser leurs périmètres d'intervention en assurant une meilleure couverture des zones peu desservies. En complément, des moyens supplémentaires pour soutenir les services de second niveau peuvent être accordés et les services de premier niveau seront incités à conventionner avec les structures de deuxième et troisième niveau pour faire bénéficier leurs usagers de leur expertise et de leur accompagnement temporaire.

Cette structuration, séduisante, risque cependant de buter sur la faiblesse des taux d'équipements. En pratique, sa mise en œuvre repose donc sur la programmation de l'offre réalisée par les ARS.

Par ailleurs, il est nécessaire d'adapter le régime des autorisations afin de préserver la fluidité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. L'exemple de l'ARS ARA, à la pointe du déploiement des dispositifs, montre les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre cette évolution : l'ARS explique avoir conservé le détail des autorisations et donc des

¹⁴¹ Instruction régionale relative à la politique de contractualisation dans le champ du handicap.

budgets « pour permettre un suivi de la transformation de l'offre et rendre compte de l'objectif de 50 % de l'offre en services »¹⁴². Le risque dans ce cas est de figer des cibles d'activité par modalité d'accompagnement, ce qui irait à l'encontre de la souplesse attendue. Le suivi des indicateurs ne doit pas entraver l'adaptation des accompagnements. Pour conforter l'efficacité des ESMS, les autorisations devraient être accordées aux gestionnaires pour l'ensemble de leurs structures et le dialogue de gestion entre l'ARS et les directions d'administration centrale promouvoir ces évolutions.

b) Dans le domaine des personnes âgées dépendantes

Les Ssiad contrôlés n'ont fait état qu'une seule fois de problème de « concurrence » avec d'autres Ssiad. En effet, globalement, les autorisations données par les ARS emportent peu de chevauchements au point qu'une des premières vérifications lors des prises en charge consiste à s'assurer du domicile de la personne et de son insertion dans le périmètre imparti. Dans les cas où une telle concurrence existe, elle est facile à détecter par le biais de l'indicateur d'activité et il doit y être rapidement remédié.

Cependant, les ARS doivent veiller à définir des territoires cohérents pour les services qui sont, par essence, des intervenants de proximité. L'étude de la CNSA¹⁴³ a montré que les temps de déplacement étaient un inducteur de coûts important. Il convient donc d'optimiser la couverture du territoire, en accompagnant le cas échéant les installations dans des zones peu desservies.

3 - Approfondir la contractualisation pour permettre la constitution de plateformes

Les Spasad et les Samsah contribuent à produire un accompagnement des personnes fragiles mieux adapté aux aléas de leur situation par l'intégration d'une capacité d'orientation, entre aide et soins, des personnes qu'ils prennent en charge. Ils s'inscrivent, ce faisant, dans une logique de prévention favorable à leurs patients. D'autres mouvements, actuellement à l'œuvre, tendent à effacer la frontière traditionnelle entre établissements d'hébergement et structures d'accompagnement en milieu ordinaire pour faciliter les prises en charge : c'est le cas des Ditep, mais également du développement, encore expérimental, d'Ehpad « hors les murs », ou encore des interventions de Ssiad/Spasad dans les résidences autonomie au profit de leurs locataires.

L'aboutissement de ces mutations passe par la contractualisation entre les autorités de contrôle et de tarification, d'une part, et les gestionnaires d'ESMS pour l'ensemble de leurs structures sur un territoire donné, d'autre part. Dans son dialogue de gestion 2019, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique qu'environ 33 CPOM sur 109 signés comportent un objectif d'évolution de l'offre dans le domaine des personnes handicapées.

Pour être efficace, le modèle ne saurait être unique mais l'articulation doit se faire au plus près des bassins de vie. Ceux-ci doivent être définis par les ARS en lien avec les principaux

¹⁴² Dialogue de gestion 2019 avec l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

¹⁴³ CNSA, Étude « Perception des « marqueurs de charges en accompagnement » au sein des ESMS », septembre 2018.

acteurs, notamment les collectivités territoriales, sur le modèle des contrats locaux de santé. La programmation doit permettre d'équiper ces bassins des ressources nécessaires.

Le déploiement de la contractualisation et la couverture complète des territoires pourraient figurer parmi les objectifs assignés aux directeurs généraux des ARS et s'inscrire dans le cadre du dialogue de gestion annuel. Quant à l'association des conseils départementaux, qualifiée « d'inégale » par les responsables des ARS, elle pourrait être recherchée par la plus grande transparence donnée au soutien qu'ils accordent aux personnes âgées dépendantes (publication des tarifs des Saad et des « points départementaux » des dotations dépendance en Ehpad) et aux adultes en situation de handicap, qui devrait faire effectivement l'objet d'un rapport annuel au Parlement.

B - Une intervention des services à mieux articuler avec celles des médecines de ville et hospitalière

Ainsi que cela a été montré *supra*, l'accompagnement des personnes à domicile nécessite une articulation efficace entre soins et aide aux tâches et actes de la vie quotidienne. S'agissant de la dispensation de soins, la conjonction avec les autres professionnels de santé s'impose également.

En effet, les services de soins à domicile fonctionnent dans un environnement partenarial défini par la réglementation. Le CASF prévoit la possibilité de faire appel à des prestataires externes, libéraux, pour réaliser les soins mais également de conclure des partenariats avec les services de soins hospitaliers¹⁴⁴. Les ARS – soutenues par les CPAM pour le secteur libéral – sont les mieux placées pour travailler ces différentes articulations, dès lors qu'elles participent à la régulation du secteur libéral et qu'elles sont la tutelle des établissements de santé.

1 - Des compétences d'intervention entre les auxiliaires médicaux libéraux et les services à clarifier

Les services de soins à domicile sont autorisés à recourir à des professionnels libéraux¹⁴⁵. Pour autant, la mission de coordination des soins qui revient alors aux services n'est pas toujours remplie.

a) Des obligations conventionnelles pesant sur les seuls services

Les services de soins à domicile peuvent recourir, par convention, à des professionnels de santé libéraux. Dans la pratique, ceux-ci ne se plient pas toujours aux obligations – pourtant inscrites dans les conventions signées – d'information sur leur activité et de participation aux réunions de synthèse, permettant de faire le bilan de l'exercice écoulé pour chacune des personnes accompagnées. En effet, le paiement à l'acte de ces professionnels n'est pas favorable aux pratiques de coordination des prises en charge (qui ne constituent pas des actes). À cet égard, il convient de relever que si les Ssiad et les Sessad contractualisent avec chacun

¹⁴⁴ Articles D. 312-2, D. 312-3, D. 312-55, D. 344-5-6, D. 344-5-14 et D. 344-5-15.

¹⁴⁵ Cf. articles D. 312-55 et D. 312-75 du CASF pour les Sessad et article D. 344-5-3 pour les Samsah.

des intervenants libéraux auprès de leur patientèle, les Samsah signent assez peu de conventions. Les conventions doivent être généralisées et leurs clauses respectées.

L'obligation de coordination pèse sur les services sans qu'ils aient réellement les moyens de l'assumer. Des actes sont parfois réalisés par les professionnels libéraux en sus des prestations des Ssiad que les financeurs leur demandent pourtant d'assumer. C'est ce que démontrent plusieurs arrêts d'appel et un arrêt de la Cour de cassation¹⁴⁶ : selon la Cour de cassation, « *le versement d'une dotation globale au Ssiad exclut que la caisse prenne en charge, en plus de ce forfait, des soins prodigués par des praticiens libéraux, même s'ils interviennent à la demande expresse des personnes prises en charge par le service, faisant ainsi payer à la caisse une dette qui n'aurait pas dû exister* ». La caisse d'assurance-maladie est donc fondée à réclamer le remboursement de l'indu au Ssiad. Les Cours ne retiennent pas la responsabilité des infirmiers libéraux quand bien même ils facturent les actes directement à l'assurance maladie en dehors de tout conventionnement ou sans information préalable du Ssiad. De plus, l'assurance maladie considère que la convention de collaboration signée entre les Ssiad et les IDEL lui est inopposable faute d'être tripartite.

Soins de ville et prestations de soins des services pour personnes handicapées : un contentieux induit par le flou réglementaire

La Cour de cassation¹⁴⁷ est venue préciser le périmètre des soins pris en charge par les services pour personnes handicapées à l'occasion de deux contentieux portant sur des demandes de prises en charge de soins de ville effectuées par des personnes également accompagnées en services pour personnes handicapées.

Dans une première affaire, la Cour indique l'obligation de rechercher si les soins de ville dispensés en dehors du service étaient inclus dans son forfait et « s'ils ne faisaient pas double emploi » avec les soins dispensés par le service. Autrement dit, si le service emploie des professionnels spécialisés, le recours à ce même type de soins en libéral doit être pris en charge sur la dotation du service.

Dans la seconde affaire, la Cour de cassation, saisie par la CPAM de Grenoble, confirme sa jurisprudence en indiquant que la « *dotation doit comprendre tous les soins nécessités par l'affection ayant motivé la prise en charge de l'enfant* » et que le juge doit rechercher les termes de l'orientation de la CDAPH et l'étendue des soins inclus dans la dotation globale allouée au Sessad.

Afin de clarifier la ligne de partage entre soins de ville et ESMS, une mission a été confiée en 2019 à Philippe Denormandie¹⁴⁸ qui préconise la création d'un forfait santé des ESMS sans nécessairement lever le flou sur les soins dispensés par les services.

Pour parvenir à un juste équilibre entre les responsabilités respectives des services et des praticiens libéraux, il serait utile d'impliquer les CPAM qui contrôlent les interventions de ces

¹⁴⁶CA Bordeaux, 17 déc. 2015, °15/00620 ; CA Paris, pôle 6 - ch. 12, 6 juill. 2017, n° 15/09950 et Cass. 2e civ., 29 nov. 2018, n° 17-24.717.

¹⁴⁷ Cass, 2^e civ., 15 mai 2008, *Cpam de la Charente c/ Association CMPP de Saint-Junien* ; Cass, 2^e civ., 2 avril 2009, *Cpam de Grenoble c/ Sessad de l'ARIST*.

¹⁴⁸ Rapport au ministre chargé de la santé, Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social : Ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné, octobre 2019.

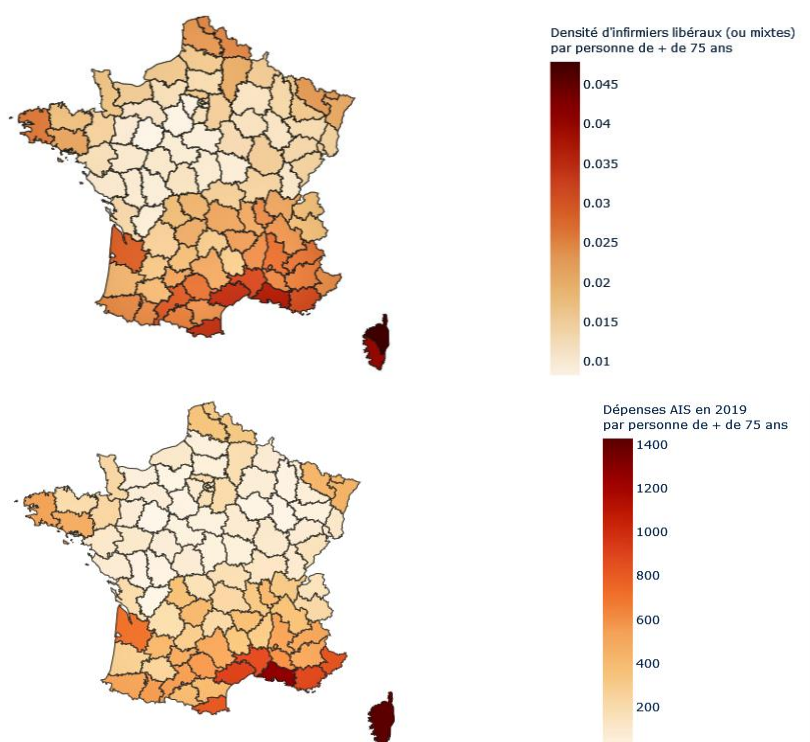
derniers en leur adressant systématiquement les conventions qui devraient dès lors être opposables.

b) Permettre une plus grande gradation des soins entre les services et auxiliaires médicaux libéraux

La Cour recommandait déjà en 2015 de mieux réguler l'activité de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie¹⁴⁹. En 2019, les constats relatifs aux soins infirmiers sont les mêmes : les dépenses de soins infirmiers sont plus dynamiques que l'évolution de la population âgée (annexe 6) et particulièrement concentrées sur certains départements : neuf départements – soit moins de 16 % de la population concernée – représentent près de 43 % de la dépense.

Il existe, en revanche, une forte corrélation entre la densité des infirmiers libéraux et le niveau des dépenses en AIS (le coefficient de corrélation associé ressort à 0,85). Comme le souligne le conseil de l'Uncam, le recours aux actes de « *nursing* » constituerait pour certains infirmiers libéraux une variable d'ajustement du revenu¹⁵⁰.

Carte n° 2 : densité d'infirmiers libéraux et de dépenses en actes d'AIS par personne de + de 75 ans



Source : Drees, Adeli 2018 ; INSEE- Population (résultats provisoires arrêtés fin 2020), Cour des comptes.

¹⁴⁹ Cour des comptes, *Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai*, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015, disponible sur cocomptes.fr.

¹⁵⁰ Conseil de l'Uncam, compte-rendu de réunion du 22 juin 2017.

Les défaillances de la régulation des dépenses de soins infirmiers effectués en libéral

La détermination des dotations régionales limitatives (DRL) attribuées aux ARS, à partir desquelles sont financés les Ssiad tient notamment compte du volume d'AIS dispensés aux personnes de 75 ans et plus réalisé dans chaque région et département. Les pouvoirs publics ont donc fait le choix en 2009 de contenir le déploiement des Ssiad pour protéger l'exercice libéral¹⁵¹.

Dès 2015, la Cour recommandait de mettre en œuvre sans délai des mesures de maîtrise volontaristes des dépenses de soins infirmiers effectués en libéral, par la réorientation de l'offre et la redéfinition des modalités de rémunération des professions concernées¹⁵². Or, les politiques de définitions de zones d'installation des nouveaux infirmiers ne peuvent à court terme répondre aux enjeux de régulation des dépenses : il faudrait plusieurs décennies pour qu'elles permettent un rééquilibrage de la répartition des infirmiers libéraux sur les territoires.

Dans le cadre des conventions passées avec les représentants des infirmiers libéraux, la Cnam a négocié la transformation de la démarche de soins infirmiers (DSI), dont le remplacement était annoncé depuis 2007, en bilan de soins infirmiers (BSI). Ces démarches confient aux infirmiers intervenant à domicile un rôle déterminant dans l'analyse des besoins du malade et la définition du programme de soins, dans le cadre de la prescription et sous la validation du médecin traitant. Alors que la DSI, outre la rémunération spécifique de l'infirmier pour l'établissement du programme de soins, continuait la facturation à l'acte, le BSI prévoit le financement par forfait journalier incluant l'ensemble des soins (à l'exception de certains actes qui peuvent être facturés en supplément) - il existe trois types de BSI : BSA qui correspond à 13 € / jour et par patient pour les prises en charge légères, BSB pour 18,20 € / jour pour les prises en charge intermédiaires, BSC qui s'élève à 28,70 €/jour pour les prises en charge lourdes.

Cette réforme devait s'appliquer à partir du 1^{er} janvier 2020 pour les patients âgés de plus de 90 ans puis être étendue aux autres tranches d'âge de façon progressive. Cette extension a cependant été suspendue par la Cnam à la fin de l'année 2020, les dépenses étant supérieures de 100 M€ à l'enveloppe prévue pour la première année.

Ces dépenses d'actes infirmiers de soins recèlent un potentiel d'économies non négligeable, notamment par le biais de la gradation des soins susceptible d'être mise en place.

En effet, si la DSI prévoit la possibilité pour l'infirmier libéral de faire appel à des intervenants sociaux pour assurer les soins d'hygiène, le recours important à des infirmiers libéraux par les Ssiad montre que les deux ressources sont plus souvent complémentaires que concurrentes. Dans la plupart des territoires – où la densité d'infirmiers libéraux ne génère pas de tension avec l'activité des Ssiad –, les services contrôlés soulignent que les prises en charge contenant principalement des AIS sont orientées vers des Ssiad dès la prescription médicale. Cette pratique peut être transformée en règle pour rationaliser les dépenses sur l'ensemble du territoire : un travail de l'HAS permettrait d'analyser la meilleure complémentarité à mettre en place sur les territoires dans une optique de gradation des soins entre services et professionnels libéraux.

Dans la mesure où l'on souhaiterait une plus grande coordination des soins autour des publics fragiles, il conviendrait également de lever la contrainte pesant sur la création de places

¹⁵¹ Circulaire DGAS/2C/DSS/MCGR/DHOS/O3 n° 2009-05 du 29 janvier 2009 relative aux modalités d'autorisation des services de soins infirmiers à domicile et leur articulation avec le dispositif de régulation du conventionnement des infirmières libérales.

¹⁵² Cf. *supra*.

en Ssiad / Spasad dans les zones sur-dotées en infirmiers libéraux. Dès lors, une réflexion sur l'efficience de l'allocation des moyens entre les soins de ville et l'Ondam médico-social serait la bienvenue.

2 - Des complémentarités entre services de soins à domicile et médecins de ville à promouvoir sous l'égide des ARS

Le rôle des services est parfois encore mal identifié par certains professionnels de la médecine de ville. Comme le montre une étude déjà ancienne sur les Samsah conduite par le Creai Bretagne pour l'ARS Bretagne en février 2014, *« la majorité des Samsah témoigne de ses difficultés à installer dans un premier temps leur rôle auprès des autres intervenants. Certains – en particulier les professionnels du soin, infirmiers libéraux et médecins généralistes – s'attendent à ce que le service médico-social propose, ou bien un plateau technique complet, ou bien une spécialisation sur une prestation spécifique. Le temps de calage est plus ou moins long, mais surtout, il est à renouveler à chaque situation pour laquelle un nouvel intervenant libéral est rencontré »*. L'acculturation des professionnels des différents secteurs pourrait être améliorée par l'alimentation régulière des Répertoires opérationnel des ressources (ROR) mais également leur participation à des formations communes, organisées sous l'égide des ARS.

À l'inverse, comme les patients eux-mêmes, les services sont confrontés à la rareté de certaines professions de santé (comme les kinésithérapeutes ou les orthophonistes) et cette difficulté pèse sur l'accompagnement par les services de leurs patients : la prise en charge somatique de personnes en situation de handicap psychique est un problème qui demande un investissement important des services ; de nombreux Ssiad s'inquiètent de la raréfaction des médecins traitants pour prescrire la prise en charge. Les services actionnent leur réseau pour remédier aux situations les plus inquiétantes mais ce levier atteint trop souvent des limites incontournables.

Des solutions sont à trouver dans la recomposition de la médecine de ville : le déploiement des infirmiers en pratique avancée constitue une piste pour le renouvellement des prescriptions nécessaires aux prises en charge. Le développement des structures d'exercice coordonné des soins de ville – Maisons de santé pluri professionnelles (MSP), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), etc. – peut servir d'appui aux services dans l'accompagnement de leurs usagers.

Le soutien organisationnel et financier que les ARS apportent aux MSP et CPTS devrait être conditionné à une obligation de partenariat effectif avec les services de soins intervenant sur leur territoire.

3 - Des partenariats avec le secteur hospitalier à conforter sous le contrôle des ARS

Alors que la notion de partenariats est inscrite dans la réglementation, la plupart des services de soins ont passé des conventions avec différents établissements de santé mais l'effectivité de ces documents est liée aux relations interpersonnelles nouées entre les médecins hospitaliers et les services. Lorsqu'un praticien hospitalier participe à l'équipe pluridisciplinaire d'un service, même sur un faible temps mobilisable, les relations sont plus fluides et

l'accompagnement des personnes en situation de handicap plus aisé. Il conviendrait de travailler ce sujet des temps partagés.

Selon l'Anap 2019, 26 % des Ssiad, 28 % des Samsah et 53 % des Sessad déclarent ne pas être partenaires d'un réseau de santé. Seulement 45 % des Ssiad, 13 % des Samsah et 3 % des Sessad ont conventionné avec une équipe mobile de soins palliatifs. Quant aux établissements de HAD, alors même que la réforme de 2018 a permis une intervention conjointe avec les aides-soignants des Ssiad, seulement 15 % des Ssiad indiquaient ne pas avoir de convention avec eux. Or, les articulations ont bien fonctionné pendant la crise sanitaire – notamment par la levée de la restriction d'une présence du Ssiad antérieure de 7 jours à celle de la HAD. Un gestionnaire contrôlé dirigeant à la fois des établissements de HAD et des Ssiad a fait état de la complémentarité des équipes et des performances des interventions coordonnées. Le périmètre de ses HAD étant plus vaste que celui de ses Ssiad, il a signé des conventions avec d'autres gestionnaires pour couvrir les territoires sans Ssiad « maison ».

Les Ssiad contrôlés ne sont adhérents au groupement hospitalier de territoire (GHT) de leur territoire que lorsqu'ils sont juridiquement rattachés à un établissement de santé. Mais même dans ce cas, le projet médical partagé (PMP)¹⁵³ mentionne rarement la place du Ssiad dans le parcours de soin ou la prise en charge à domicile. La seule exception remarquable est celle d'un Ssiad contrôlé, membre d'un GHT essentiellement composé d'ESMS adossés à un unique centre hospitalier. Si ce statut ne garantit pas l'insertion automatique dans une filière gériatrique intégrée, l'adossement à des centres hospitaliers autorise une coopération en amont des admissions (visite d'évaluation à l'hôpital) et, lors de la crise covid, un soutien précieux au service pour la vaccination et la formation des professionnels à l'hygiène et la prévention des phénomènes infectieux.

Les ARS sont les autorités de tutelle des établissements de santé. Il leur revient d'organiser dans le cadre des GHT, mais également lors de la définition des territoires de santé mentale ou de la contractualisation avec les établissements de santé, les articulations entre le secteur médico-social et les établissements de soins. L'inscription obligatoire, dans les CPOM des établissements de santé, de missions en matière de coopération avec le secteur médico-social est un élément d'efficience globale des prises en charge. Trois actions peuvent particulièrement être identifiées : l'évaluation des situations complexes à domicile par des équipes mobiles hospitalières, la systématisation de la mise à disposition d'équipes de soins palliatifs à domicile ainsi que le développement d'équipes mobiles d'hygiènes et de prévention des phénomènes infectieux.

C - Des accompagnements à prolonger au-delà du soin

L'accompagnement des publics en situation de handicap ne peut se limiter au seul sujet des soins. Les adultes rencontrent principalement des problématiques de logement et d'insertion professionnelle.

Les ARS et les conseils départementaux ont tendance à spécialiser les Samsah sur l'accès à un logement autonome ou sur l'insertion professionnelle. Des données déjà anciennes de la CNSA (2008) indiquait que l'accompagnement à l'insertion professionnelle était assuré par

¹⁵³ Mis en place à effet du 1^{er} janvier 2017 conformément aux dispositions de l'article R. 6132-3 du CSP.

deux tiers des Samsah, de façon différenciée selon les publics : 86 % des Samsah pour handicap psychique, 52 % des Samsah pour handicap moteur, polyhandicap, traumatisés crâniens et cérébro-lésés. Dans les Samsah contrôlés, l'orientation était plutôt vers le logement, peu d'usagers étant en emploi. Les ARS doivent travailler avec Pôle emploi et les conférences de financeurs, désormais positionnées non seulement sur les actions de prévention mais également sur les problématiques d'habitat inclusif, pour favoriser l'inclusion de ce public.

Les Sessad, quant à eux, sont en prise directe avec les services de l'Éducation nationale. Pour autant les données Anap 2019 constatent que 14 % des Sessad n'ont pas de convention avec l'Éducation nationale.

S'ils relaient quelques difficultés d'acculturation entre les personnels enseignants et médico-sociaux et des problèmes ponctuels, le fonctionnement des Sessad apparaît relativement rôdé, tant sur les lieux de vie scolaire qu'au sein des équipes de suivi de la scolarisation (ESS) qui exercent une fonction de veille sur le déroulement du parcours scolaire de l'élève handicapé et ont pour mission d'assurer la bonne mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH.

Les ARS Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes ont impulsé une dynamique d'inclusion scolaire en signant des conventions pluriannuelles avec les rectorats.

Pour autant, les administrations centrales apparaissent encore très cloisonnées : dans leur rapport d'août 2018 évaluant les Ditep, les inspecteurs de l'Igas, l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de recherche (IGEN^o et l'IGAENR regrettaient que les instructions données aux ARS par la DGCS n'aient pas été doublées par une circulaire du ministère de l'Éducation nationale à l'intention des services académiques. Depuis, la loi pour une école de la confiance du 26 juillet 2019 a édicté de nombreuses mesures favorisant l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap, à travers notamment une évolution du statut des accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH – anciennement AVS) ou l'évolution des coopérations entre les structures médico-sociales et les établissements scolaires. Elle prévoit, en particulier, le déploiement de Pôles inclusifs d'accompagnement localisé (PIAL)¹⁵⁴ sur les territoires, dont les modalités de fonctionnement ont été fixées en annexe de la circulaire de l'Éducation nationale n^o 2019-088 consacrée à l'école inclusive. On peut noter que, parallèlement, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) a publié une circulaire en date du 14 juin 2019 relative à la création d'équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap¹⁵⁵. Il conviendra de s'assurer de l'harmonisation de ces différents dispositifs sur le terrain.

¹⁵⁴ Les PIAL ont vocation à se déployer dans chaque département et ont pour objet la coordination des moyens d'accompagnement humain au sein des écoles et établissements publics et privés sous contrat. Ils doivent constituer des pôles ressources à destination de la communauté éducative, en associant des professionnels de santé et des gestionnaires de structures médico-sociales qui assurent une éducation adaptée ainsi que des centres d'accueil médico-social précoce. Toutefois, le vademécum de présentation des PIAL du 5 juin 2019, issue d'une circulaire du ministère de l'Éducation nationale, concentre le dispositif sur l'organisation du travail des AESH.

¹⁵⁵ Les équipes mobiles seront rattachées à un établissement ou service médico-social pour personnes en situation de handicap. Elles pourront être créées par extension d'un PCPE existant, si celui-ci est déjà mobilisé sur l'accompagnement notamment à la scolarisation d'enfants en situation de handicap ou faisant l'objet d'un suivi au titre de l'aide sociale à l'enfance. Elles interviendront en soutien des professionnels de l'Éducation nationale mais également des ESMS dans la gestion des cas complexes.

Les relations avec les secteurs de l'emploi, du logement, de l'Éducation nationale nécessiteront d'être travaillées au niveau central de manière convergente, de sorte à construire, *via* les services déconcentrés, un écosystème intégré sur les bassins de vie des publics fragiles qui leur soit favorable.

II - Un financement à adapter à l'activité des services

Les services de soins à domicile sont encore essentiellement financés par une dotation globale historique. Cette situation déconnecte les ressources de l'activité et ne permet pas de prendre en compte la qualité des services. Le financement est l'enjeu de réformes depuis 10 ans, qui n'ont pas abouti à ce jour. Dans le secteur des personnes âgées, l'évolution nécessaire est connue mais l'enveloppe de financement reste problématique (A). Dans le domaine du handicap, les évolutions sont plus complexes à mettre en œuvre mais n'en sont pas moins nécessaires (B).

A - Les financements des Ssiad et des Spasad contraints par des enveloppes fermées, en cours de révision

1 - Une capacité des Ssiad à prendre en charge les patients plus dépendants à optimiser

Le financement des Ssiad présente, à ce jour, deux difficultés majeures : les dotations sont très inégales entre services ; leur mode de calcul ne tient pas compte de la dépendance et de la complexité des cas. La Cour a déjà souligné¹⁵⁶ que le coût de la prise en charge varie de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient et que la dotation globale qui finance chaque Ssiad est « historique ».

Par ailleurs, la dotation moyenne a peu évolué au cours de la dernière décennie : le coût net à la place de Ssiad est de 12 823 €¹⁵⁷. Son évolution dans le temps est à peine supérieure à l'inflation : la dotation moyenne en 2007 était de 10 500 €.

Une longue histoire de réforme de la tarification inaboutie

Antérieurement à 2006, les Ssiad étaient tarifés à la journée. Le passage à la dotation globale, en 2006, avait pour objectif de laisser les Ssiad adapter les moyens au public accueilli. Depuis, les dotations ont été reconduites à l'identique avec une application d'un taux annuel d'actualisation. Comme le souligne la CNSA, cette réforme a entériné les écarts de budgets entre Ssiad, les moins bien dotés ayant un budget inférieur de 34 % aux Ssiad les mieux dotés¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Cour des comptes, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, rapport public thématique, juillet 2016, disponible sur (ccomptes.fr).

¹⁵⁷ CNSA, Analyse des comptes administratifs 2017 et 2018. Établissements et services accueillant des personnes handicapées. Services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, novembre 2020.

¹⁵⁸ CNSA, Analyse des comptes administratifs 2016. Établissements et services accueillant des personnes handicapées. Services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, juin 2018.

Un projet de décret élaboré en 2016, issu de longs travaux débutés en 2007, avait pour ambition de faire reposer le calcul du forfait sur le niveau de dépendance et de besoin en soin de la patientèle. Cette réforme était cependant mise en œuvre à enveloppe constante et conduisait à réduire les budgets de certains Ssiad d'environ 30 %. Face à l'opposition des fédérations du secteur, qui demandaient une augmentation globale des crédits de l'Ondam médico-social affectés aux Ssiad, le projet a été abandonné.

L'effet pervers de cette dotation globale historique réside dans l'adaptation par les services de leur patientèle à leur financement, dans une logique d'équilibre financier. Les refus de prise en charge sont le plus souvent opposés à des situations qui nécessitent plus de deux passages d'aide soignants par jour. Un Ssiad public adossé à un établissement hospitalier a même réduit le nombre de passage quotidien à 1, pour respecter son budget.

Autre conséquence, l'activité des services peut être réduite pour disposer des ressources nécessaires aux cas les plus lourds. Le taux d'occupation moyen des Ssiad est du reste peu élevé (cf. *supra* entre 87,7 % et 91 % en moyenne¹⁵⁹), comparé aux autres ESMS.

Pour mettre fin aux écarts de budgets entre services, sur le modèle des Ehpad, les ARS ont engagé un travail de convergence tarifaire. Or, l'analyse des comptes administratifs effectuées par la CNSA souligne la grande fragilité financière des Ssiad, dont la capacité d'autofinancement est de seulement 0,1 % et le résultat de 0,3 %¹⁶⁰ pour la majorité des Ssiad. En outre, environ 5 % des Ssiad accusent un taux de déficit moyen de 4,3 %. Le travail de convergence se heurte à cette réalité. De toutes façon, opéré à la marge, il ne permet pas de résoudre rapidement les inégalités de financement.

Répondre au double objectif de réduire les écarts et éviter l'exclusion des patients les plus dépendants d'une prise en charge à domicile repose sur une remise à plat de la tarification actuelle, sur le modèle envisagé en 2016.

L'extension des interventions aux plus dépendants est onéreuse : l'expérience des Ssiad renforcés le montre, avec un coût annuel à la place plus élevé (23 000 €). Dans l'hypothèse où on transformerait les prises en charge au profit de 17,5 %¹⁶¹ des patients actuels des Ssiad, le surcoût s'élèverait à 215 M€ en année pleine.

Pour être soutenable financièrement, les prises en charge des personnes les plus dépendantes doivent être réservées aux personnes pour lesquelles elles sont le plus pertinentes. Il est par exemple envisageable de proposer un accompagnement renforcé aux patients très dépendants s'il constitue une solution alternative à l'hospitalisation ou à l'Ehpad. Dans le cas des Ssiad renforcés, l'accompagnement en fin de vie des personnes à leur domicile a crû de 10 %, évitant ainsi des hospitalisations inutiles et coûteuses (le coût d'une journée d'hospitalisation complète est de 716 €¹⁶²), et des prises en charge plus conformes aux souhaits des personnes. Le renforcement de l'accompagnement peut également être justifié lors d'épisodes aigus transitoires qui ne relèveraient pas d'une prise en charge hospitalière ou en hospitalisation à domicile (HAD). La réforme du financement doit être accompagnée d'une

¹⁵⁹ Anap, tableau de bord de la performance médico-social (2019), CNSA, Analyse des comptes administratifs 2017 et 2018. Établissements et services accueillant des personnes handicapées. Services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, novembre 2020.

¹⁶⁰ Valeurs médianes.

¹⁶¹ ARS Bretagne, Étude régionale sur les Ssiad, 2019. Cette étude montre que seulement 17,5 % des patients occupent des places de Ssiad renforcés.

¹⁶² Données RTC Atih 2019.

meilleure régulation des orientations de sorte à assurer aux personnes âgées dépendantes un accompagnement adapté (cf. *supra*).

Les montants de financement réservés aux Ssiad renforcés devraient être intégrés dans le volume global des ressources des Ssiad. Les moyens financiers seraient répartis entre une dotation socle finançant les coûts de structure et une part variable fonction de la dépendance des patients accueillis. Toutefois, il convient de ne pas reproduire les erreurs de la dotation en soins des Ehpad dont l'actualisation souffre de retards préjudiciables à la qualité des accompagnements. Un système de validation tacite et de contrôle *a posteriori* doit permettre de lever cet obstacle. Des crédits d'accompagnement de la réforme devront être prévus pour ne pas entraver les évolutions nécessaires et le calibrage du coût moyen à la place revu pour intégrer la hausse des rémunérations des aides-soignants.

2 - Le financement des Spasad comme réponse efficiente aux besoins récurrents d'aide plus intense à domicile

Après les premières créations de Spasad en 2004 et la relance effectuée par la loi de 2015, plus de 15 ans après leur création, le ministère chargé de la santé reconnaît leur « développement restreint »¹⁶³. Seuls 378 Spasad existaient en 2019.

D'importants freins gênent la généralisation de ce dispositif, en pratique. L'obstacle principal réside dans l'absence de rémunération du temps de coordination entre intervenants. Les services contrôlés soulignent que les gains d'efficience générés par la mutualisation ne couvrent pas le temps nécessaire de coordination, pesant donc sur le budget du Spasad.

Les services contrôlés mentionnent également des difficultés d'organisation qui n'ont pas été anticipées par les pouvoirs publics : ainsi de la rareté de l'offre en systèmes d'information susceptibles de couvrir à la fois l'aide et le soin à domicile¹⁶⁴, la démultiplication des indicateurs et rapports d'activité (modèles différents entre l'ARS et le département) ou l'absence de concertation entre ARS et départements sur les périmètres territoriaux d'intervention de chaque service.

Le sujet du double financement des Spasad (le volet Saad par les conseils départementaux au titre de l'APA et la partie Ssiad par l'ARS) apparaît secondaire. Les problèmes financiers pointés par les responsables de services visent plutôt le niveau et l'absence d'harmonisation des tarifs horaires des interventions au titre des Saad. Pour autant on n'observe pas de phénomène de déport vers l'assurance maladie puisque les doubles prises en charge Ssiad-Saad au sein des Spasad ne concernent que 10 % des patients. En comparaison, les places en Ssiad permettent d'accueillir 15 % des allocataires de l'APA à domicile. Les services contrôlés insistent sur le travail d'évaluation initiale effectué par l'infirmier coordinateur, qui départage précisément les professionnels selon le type d'acte à effectuer.

Le développement des Spasad répond pour partie à la nécessité d'orienter les patients vers la modalité de prise en charge la plus adaptée. Ce dispositif qui a fait ses preuves en matière de

¹⁶³ Dans l'optique d'une remise à plat de ces dispositifs, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (article 61) a prolongé l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2021. Toutefois, la note d'information DGCS/3A/CNSA/2019/192 du 30 août 2019 n'a pas reconduit le financement alloué à l'aide et à la constitution de Spasad qui avait été déléguée aux ARS par la CNSA.

¹⁶⁴ Fehap, Livre Blanc système d'information en santé – Spasad, 2017.

régulation des accompagnements (cf. *supra*) nécessitera de doter les services en moyens de coordination et de prévention qui pourront être intégrés dans la dotation socle ou identifiés dans une dotation complémentaire.

B - Le financement des services pour personnes handicapées à faire évoluer pour promouvoir la qualité des interventions

1 - Des écarts de budgets peu justifiés

Les services pour personnes handicapées sont, comme les Ssiad, financés sous forme d'une dotation globale. Faute d'équation tarifaire unifiée, les dotations ont été fixées de façon historique¹⁶⁵ et créent d'importantes disparités entre services.

Pour les Sessad, le coût moyen à la place est de 18 134 € mais les dotations entre services varient du simple au double¹⁶⁶. La CNSA apporte quelques éléments d'explication : les coûts à la place sont significativement plus élevés dans les Sessad autonomes et qui accueillent des enfants atteints de troubles autistiques, de déficience motrice ou de polyhandicap. À l'inverse, le coût à la place est plus faible dans les services accueillant en majorité des enfants avec des déficiences intellectuelles ou sensorielles¹⁶⁷.

Dans les Samsah, le coût net moyen par place observé est de 14 620 €. Des écarts de 1 à 4 se retrouvent entre services¹⁶⁹.

Une étude commandée par l'ARS Bretagne¹⁷⁰ met en lumière une corrélation entre le nombre de personnes accompagnées par ETP et le coût à la place, confirmant la nécessité de renforcer le suivi de l'activité et les objectifs assignés aux Samsah. En outre, les dépenses de personnel constituant environ 84 % de leur budget¹⁷¹, les Samsah délivrant des prestations de soins disposent sans doute des dotations les plus élevées.

Une part de ce différentiel peut relever de prix de journée départementaux différents, finançant l'accompagnement social des Samsah, cofinancés à la fois par une dotation globale

¹⁶⁵ En 2012, la dotation moyenne d'un Sessad était de 16 490 €, celle d'un SAMSAH de 10 097 € (France métropolitaine). CNSA, Analyse des comptes administratifs 2012 des établissements et services accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, décembre 2014.

¹⁶⁶ Les Sessad du premier décile disposent d'une dotation de 11 855 €, ceux du dernier décile de 24 422 €. CNSA, Analyse des comptes administratifs 2016. Établissements et services accueillant des personnes handicapées. Services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, juin 2018.

¹⁶⁷ CNSA, Analyse des comptes administratifs 2017 et 2018. Établissements et services accueillant des personnes handicapées. Services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, novembre 2020.

¹⁶⁹ Les données de la CNSA diffèrent cependant selon les études et ce coût est parfois porté à 21 000 €, avec une dispersion élevée (coefficient de variation de 44 %). Le coefficient de variation est un indicateur de dispersion. Il est égal à 100 x (moyenne/écart-type). Plus la valeur du coefficient de variation est élevée, plus la dispersion autour de la moyenne est grande. Source : CNSA, Rapport de l'enquête de coûts *Serafin-PH*. Exploitation des données de l'année 2016, juillet 2019.

¹⁷⁰ Creai Bretagne, Étude régionale sur les Samsah, février 2014.

¹⁷¹ Agence nationale d'appui à la performance, *Tableau de bord de la performance dans le secteur médicosocial*, 2019.

de l'ARS pour les soins et par le versement d'un tarif journalier afférent à l'accompagnement à la vie sociale fixé par le président du conseil départemental. Au sein de la dotation globale, les dépenses au titre du soin sont plafonnées par arrêté¹⁷², pour éviter les départs de financement. Une étude ancienne de la CNSA¹⁷³ soulignait qu'en moyenne 64 % du budget des Samsah relevaient du forfait soin, sauf pour les Samsah autorisés « handicap psychique » pour lesquels ce taux était de 50 %. Si les services contrôlés évoquent des difficultés liées à l'absence de coopération entre les ARS et les départements (double négociation, modèles de rapports d'activité, détermination et cadencement des subventions différents), ils ne mentionnent en revanche pas de problématique majeure de sous-financement de leurs prestations.

Au cours de l'enquête, une ARS souligne qu'une partie importante de ce différentiel reste liée à une dotation historique que le fonctionnement des services ne justifie pas.

2 - Une réforme tarifaire qui doit aboutir rapidement

Les données de la CNSA¹⁷⁴ font apparaître que les Samsah disposent d'un taux de marge médian de 7 %¹⁷⁵ et d'un taux de résultat médian de 4 %. La situation des Sessad est comparable avec une marge brute d'exploitation de 5,7 % et un taux de résultat médian de 1,8 %. Faute d'étude complète sur la question, il est difficile d'expliquer cette situation financière confortable, qui peut être liée à une dotation excessive comme à l'existence de postes vacants. Ce constat milite pour une réforme rapide du financement de sorte à objectiver l'allocation des ressources des services et mettre fin aux écarts de tarification.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a envisagé un temps de moduler les dotations par groupes homogènes de services (GHS), déterminés en fonction des handicaps et des prestations délivrées. Elle s'est heurtée à un problème d'atomisation de ces GHS et n'a pas été en mesure d'établir une standardisation des coûts afférents.

La réforme a été engagée en 2014 sous la dénomination « Serafin-PH ». La conduite de travaux d'envergure est longue et les premières expérimentations du nouveau modèle tarifaire ne sont prévues qu'à partir de 2022 pour une entrée en vigueur en 2024.

La CNSA a publié en 2020 une nomenclature des besoins et prestations, de nature indicative, pour décrire les besoins des personnes prises en charge. Celle-ci n'a cependant pas vocation à mesurer, sur le modèle des grilles AGGIR et Pathos dans le champ des personnes âgées, le niveau d'autonomie des personnes handicapées et leur besoin en soin.

¹⁷² Arrêté du 4 juin 2007 pris en application de l'article R. 314-141 du code de l'action sociale et des familles fixant le plafond du tarif journalier de soins applicable aux foyers d'accueil médicalisé et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

¹⁷³ CNSA, Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : *Samsah* et *Ssiad* - Situation en 2007, avril 2008.

¹⁷⁴ CNSA, Analyse des comptes administratifs 2017 et 2018. Établissements et services accueillant des personnes handicapées. Services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, novembre 2020.

¹⁷⁵ La marge brute d'exploitation est la marge dégagée une fois couverts les besoins directement liés à l'exploitation courante (produits courants c/70 à 75 – charges courantes c/60 à 65). Plus le rapport de la marge sur les produits d'exploitation est élevé, plus l'établissement sera en mesure de couvrir ses besoins d'investissements.

Or, selon le scénario présenté par le ministère chargé de la santé, à l'issue de l'expérimentation, les budgets seraient composés d'une partie dite « socle » homogène par catégorie d'ESMS et d'une part « variable ». Cette dernière pourrait être liée à la complexité des situations, définie « à partir des caractéristiques des personnes accompagnées »¹⁷⁷. Cette part « variable » envisagée dans la réforme pourrait reposer non pas sur le type de déficience des personnes accompagnées mais sur la nature et le volume des prestations fournies par le service et notamment leur intensité (file active importante par rapport au nombre de places, prises en charge de cas complexes, actions spécifiques supplémentaires en matière de prévention...). Elle devrait être négociée de façon pluriannuelle dans le cadre du CPOM. Le CPOM doit également permettre de mettre à plat les conditions de gestion de chacun des services et en particulier des Samsah.

Quant à la dotation socle, l'expérience de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes montre la difficulté de standardiser l'activité de service au public et aux prestations hétérogènes. Elle devra couvrir les charges de structures de manière la plus ajustée. Pour le reste, les études de l'Anap montrent que les dépenses afférentes au personnel représentent 83,9 % des dépenses des Samsah et 77,9 % des Sessad. C'est donc la définition du plateau technique qui doit déterminer la plus grande partie de la part socle. Le CASF définit les métiers qui doivent être présents dans ces services, sans en préciser les quotités : il revient aux administrations centrales de calibrer, sur la base des rémunérations moyennes en vigueur, les ETP nécessaires à une file active donnée. Sur cette base, les ARS signeront des CPOM articulant dotations de base et complémentaire, ajustées aux besoins des territoires.

III - Une gestion des ressources humaines à conforter

Comme dans toutes les structures de soins, la qualité des prestations servies à des publics fragiles dépend essentiellement des compétences des professionnels. Or, les métiers du domicile, services de soins mais aussi aides à domicile connaissent une problématique de défaut d'attractivité. Alors que les besoins en personnel devraient aller croissant pour accompagner les personnes âgées dépendantes et que les vacances de postes sont préoccupantes, les réponses en termes de rémunération devraient être assorties de mesures visant à alléger la pénibilité du travail.

¹⁷⁷ Comité technique Serafin-PH, Premières propositions sur des modèles de financement possibles dans le cadre de la réforme tarifaire *Serafin-PH*. Rapport de synthèse, novembre 2019.

A - Un effet ciseau entre des besoins croissants en personnel et le manque d'attractivité du secteur

1 - Des besoins croissants en personnel

En France, les départs en retraite et le vieillissement de la population nécessiteront un fort accroissement des personnels dans les dix ans à venir. En 2019, les services de soins à domicile emploient de 47 000 à 51 000 ETP. En y ajoutant les personnels des Saad, l'ensemble des effectifs atteint de 211 000 à 216 000 personnes¹⁷⁸. Selon les estimations de la Cour, il faudrait recruter environ 82 000 ETP d'ici 2030 pour répondre au choc démographique, d'une part, aux prévisions de départ en retraite d'autre part et en raisonnant dans les deux cas à offre et encadrement inchangé. Un peu plus de 19 000 ETP seraient nécessaires pour les services de soins à domicile (dont les trois-quarts pour les Ssiad-PA et environ 20 % sur les Sessad)¹⁷⁹. Les besoins en personnels dans les Saad cohérents avec les estimations sur les soins à domicile se situeraient à un plus de 63 000 ETP¹⁸⁰.

Dans le secteur du handicap, la structure des emplois est différente de celle du secteur des personnes âgées, avec des professions plus qualifiées et mieux rémunérées¹⁸¹. Pour autant, des problèmes d'attractivité se posent pour les professions paramédicales et médicales. En effet, les services ne peuvent opposer que le salaire prévu par leur convention ou statut pour les spécialistes paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers...) à une tarification à l'acte généralement plus rémunératrice.

L'Uniopss¹⁸², comme les responsables des services contrôlés confirment cette situation en indiquant que leurs difficultés de recrutement sur les professions paramédicales tiennent

¹⁷⁸ Données fournies à la demande de la Cour des comptes par la DGCS. Les Ssiad et Spasad mobiliseraient environ 30 000 à 34 000 ETP, les Sessad de l'ordre de 14 200 ETP et les Samsah 2 750 ETP. En Saad on décompterait 160 000 ETP et 4 700 ETP en SAVS. Le nombre d'employés est supérieur à celui des ETP, puisqu'une bonne partie ne travaillent pas à temps plein.

¹⁷⁹ Les besoins en ETP liés au choc démographique des personnes âgées sont estimés en cohérence avec l'évaluation réalisée par la Cour d'un besoin de 25 000 places dans les Ssiad et SPASAD pour personnes âgées à l'horizon 2030 (cf. *supra*). En parallèle, les données de l'ENC sur les Ssiad montrent qu'un peu plus d'un quart des personnels partiront en retraite d'ici 2030. Ainsi, la démographie de la demande et celle de l'offre débouchent sur des besoins majeurs de recrutement pour permettre le maintien du taux d'encadrement et du taux d'équipement en places à leur niveau de 2019.

¹⁸⁰ Le rapport Libault estimait le nombre d'emplois à créer d'ici 2030 à environ 140 000 ETP, en Ehpad et à domicile, au seul titre du vieillissement de la population. Le rapport *Grand âge et autonomie – Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024* de Myriam El Khomri (octobre 2019) estimait que 350 000 personnes devraient être formées d'ici 2024, chiffre supérieur car intégrant les établissements, et y ajoutant les effets de la hausse du taux d'encadrement dans les Ehpad et ceux du *turn over*, à ceux du choc démographique à venir et de l'anticipation des départs à la retraite.

¹⁸¹ Dans les services accompagnant les personnes âgées, la majeure partie du personnel est composé d'aides-soignants ; dans le secteur des personnes handicapées, une part importante des ressources humaines est formée de personnel socio-éducatif et paramédical.

¹⁸² Enquête flash de l'Uniopss sur les difficultés de recrutement (en annexe au rapport El Khomri).

principalement à la non compétitivité du salaire proposé par rapport à l'exercice libéral. Le problème est encore plus complexe pour les médecins ou pour certaines spécialités, pour lesquels la pénurie et à la désertification médicale sont avérées dans différents territoires.

Par ailleurs, les conditions d'intervention au domicile génèrent des contraintes fortes tant sur l'organisation du travail que sur les rémunérations réelles. En effet, les besoins d'aide sont concentrés essentiellement sur les levers et les couchers, ce qui se traduit par des temps de travail journaliers coupés et la prévalence des temps partiels¹⁸³. Pour pallier la faiblesse des rémunérations afférentes, des comportements de doubles-emplois sont parfois relevés, induisant des risques d'accroissement de la pénibilité du travail et d'atteinte à la qualité des prises en charge, d'autant plus problématiques qu'elles concernent des personnes vulnérables. Les responsables des services contrôlés font également le lien entre ces doubles-emplois et la préférence de certains salariés pour des contrats très courts qui leur sont plus favorables, financièrement, grâce à la prime de précarité afférente, ainsi qu'en termes de souplesse d'emploi du temps.

2 - Un manque d'attractivité qui se nourrit de la pénibilité au travail

Le rapport El Khomri indiquait que, dans le champ des Ehpad et du soin à domicile, la sinistralité accidents du travail et maladies professionnelles, avec un indice¹⁸⁴ proche de 100, était trois fois supérieure à la moyenne nationale et plus forte d'un tiers à celle du BTP.

Corrélativement, les taux d'absentéisme s'élèveraient à plus de 12 % selon les données collectées par l'Atih sur les Ssiad et Spasad (ces taux seraient un peu moindres dans les structures de soins à domicile pour personnes handicapées mais la moyenne est difficile à établir, la collecte des données étant réalisée sur base déclarative qui génère trop d'atypies).

D'autres études sur les métiers du domicile ont aussi relevé des problèmes de séquence de travail (horaires de coupe, temps partiel non choisis...) et de transports (ou de distance)¹⁸⁵.

Ces trois facteurs créent un cercle vicieux : l'absentéisme comme la vacance de poste pèsent sur la pénibilité du travail des salariés et l'accroissement de leur charge de travail dégrade encore l'attractivité des emplois.

Le même rapport indique que le nombre d'inscriptions au concours d'aide-soignant¹⁸⁶ a reculé de 25 % environ entre 2012 et 2017. De même, la Drees¹⁸⁷ montre que le nombre total d'inscrits en première année au diplôme d'accompagnant éducatif et social (AES) - nouveau diplôme, créé en 2016, qui fusionne les anciens diplômes d'auxiliaires de vie sociale (AVS) et

¹⁸³ Selon l'enquête de l'UNA de 2018, le temps de travail mensuel moyen serait de 102 heures contre 152 heures pour un temps complet sur une base de 35 heures hebdomadaires.

¹⁸⁴ Cet indice rapporte le nombre d'accident de travail donnant lieu à un arrêt de travail pour 10 000 salariés.

¹⁸⁵ Voir l'enquête flash de l'Uniopss en annexe au rapport El Khomri : ces problématiques de travail morcelé se posent notamment pour les aides-soignants et les accompagnants à domicile.

¹⁸⁶ Le concours d'entrée aux Instituts de formation d'aide-soignant (IFAS) a été supprimé en 2020. Le recrutement se fait désormais sur dossier, dont l'examen est ensuite suivi d'un oral.

¹⁸⁷ Drees, Études et résultats n° 1145, *Le nombre d'étudiants se destinant à l'accompagnement éducatif et social diminue depuis 2010*, février 2020.

d'aide médico-psychologique (AMP)¹⁸⁸ -, est passé de 14 100 en 2010 à 9 700 en 2018. Elle indique de surcroît que cette baisse a largement concerné les étudiants se destinant au domicile dont les effectifs ont été divisés par 4 (passant de 6 000 à 1 500), alors que le recul est faible pour les structures collectives (7 600 contre 8 100).

Ce manque de candidatures a des conséquences directes sur les prises en charge. L'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), dans son étude de 2021 auprès de ses adhérents¹⁸⁹, indique qu'entre 2019 et mars 2020, 26 % des structures ont refusé de nouveaux patients en raison d'un manque de personnels, et qu'environ deux-tiers des structures ont des postes vacants.

Nombre de services contrôlés par la Cour dans le cadre de cette enquête, ont confirmé cette situation avec toutefois des différences dans les profils professionnels manquants. Dans les Samsah et les Sessad, ce sont surtout des postes médicaux et paramédicaux qui ne sont pas pourvus et tout particulièrement des orthophonistes et des kinésithérapeutes (avec des durées de vacances de poste parfois alarmantes¹⁹⁰). Dans les Ssiad et Spasad, ce sont les infirmières et les aides-soignantes qui constituent la majeure partie des effectifs non pourvus. Cette différence traduit des problématiques de recrutement dans les soins à domicile qui sont un peu différentes entre le secteur de l'âge et celui du handicap. Dans ce dernier, les qualifications plus élevées renvoient à un phénomène de concurrence entre l'exercice libéral et l'exercice salarié.

B - Les problèmes de salaires partiellement traités par les accords dits du « Ségur de la santé »

Le secteur est régi par plusieurs conventions collectives et statuts. Bien que couvrant des professions proches, elles reflètent des disparités dues aux statuts des employeurs (secteur privé lucratif et non lucratif, secteur public hospitalier et territorial), plus que de profondes différences en termes de métiers. Ce morcellement ne favorise pas les ajustements salariaux car il renvoie à autant de négociations que de conventions et branches¹⁹¹.

Les grilles salariales des multiples conventions collectives qui régissent l'aide et le soin à domicile ont longtemps souffert d'une absence de revalorisation préjudiciable à l'attractivité du secteur. Ainsi en 2019, deux conventions collectives (Fehap et BAD) comportaient des rémunérations brutes initiales inférieures au SMIC¹⁹², bloquant au niveau du SMIC la rémunération des employés pendant de nombreuses années. La convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 (ou CCN 51, dite « Fehap ») est assortie d'une grille salariale qui rémunère un aide-soignant à temps plein juste au-dessus du SMIC en entrée de carrière et ne permet qu'une progression salariale limitée¹⁹³.

¹⁸⁸ En plus d'englober la profession d'Auxiliaire de Vie Scolaire, qui n'avait jusqu'alors aucun diplôme propre.

¹⁸⁹ Étude auprès des adhérents de l'UNA – UNA Opinion Way, mai 2021.

¹⁹⁰ Un Sessad a indiqué à la Cour avoir deux postes d'orthophonistes vacants, l'un depuis 2014, l'autre depuis 2016.

¹⁹¹ Les accords visant à modifier ces conventions sont soumis à l'agrément des pouvoirs publics. Les accords, même agréés, ne sont pas opposables dans le cas des services sous CPOM.

¹⁹² Cf. rapport El Khomri.

¹⁹³ Allant de 1,16 SMIC en entrée de carrière à 1,56 SMIC au bout de 35 années d'exercice.

Dans ce contexte, l'extension de la revalorisation sociale du « Ségur de la santé » à l'ensemble du secteur médico-social apporte une réponse sur les salaires. Dans le cadre des accords du Ségur de la Santé, un complément de traitement indiciaire (CTI) de 183 euros nets par mois a été octroyé à 1,5 million de professionnels des établissements de santé et des Ehpad au 1^{er} décembre 2020 pour un montant de 6,5 milliards d'euros. D'autres accords sont ensuite intervenus : un premier accord a été signé le 11 février 2021 pour une extension du CTI au 1^{er} juin 2021 à tous les agents des établissements sociaux et médico-sociaux rattachés à un établissement public de santé ou à un Ehpad public. Deux accords, signés le 28 mai 2021, ont étendu le bénéfice de cette mesure à de nouveaux établissements pour les professionnels de santé non médicaux au sens du code de la santé publique (CSP), les cadres de santé, et les aides médico-psychologiques (AMP), les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et les auxiliaires de vie. Un protocole signé par l'État, FO, la CFDT, l'Unsa et la FHF a porté sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics non rattachés à un établissement de santé ou un Ehpad et financés pour tout ou partie par l'assurance-maladie. Il prévoit que les 18 500 soignants relevant des trois fonctions publiques bénéficieront de l'augmentation de 183 € nets par mois à partir du 1^{er} octobre 2021. Un accord de méthode signé par l'État, la CFDT, l'Unsa, la Fehap, Nexem¹⁹⁴, Access¹⁹⁵, l'Union pour la gestion des établissements de caisses d'assurance maladie (Ugecam) et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Uncanss^o) a porté sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif financés pour tout ou partie par l'assurance-maladie. Il prévoit que les 64 000 professionnels soignants exerçant leurs fonctions dans les structures, notamment pour personnes handicapées et les services de soins infirmiers à domicile non régis par la branche de l'aide à domicile bénéficieront d'un complément de rémunération de 183 euros nets par mois à compter du 1^{er} janvier 2022. L'ensemble de ces mesures bénéficiera à plus de 90 000 professionnels, pour un montant en année pleine de près de 500 M€.

Les Ssiad relevant de la branche de l'aide à domicile bénéficieront quant à eux de l'amélioration de leurs conditions de salaire au titre du prochain agrément de l'avenant dit 43 négocié par les partenaires sociaux¹⁹⁶ (qui n'est pas une transposition du Ségur, mais qui débouchera sur une refonte significative des grilles salariales) n'intervenant toutefois qu'au 1^{er} octobre 2021.

Toutefois, cette « ségurisation progressive » par statuts de personnels, qui étale l'augmentation sur près d'un an, pourrait créer une concurrence conjoncturelle entre établissements publics et privés, sanitaires et médico-sociaux et, en leur sein, entre Ehpad et soins à domicile. Il conviendra de vérifier l'impact réel sur les ressources humaines des services à domicile – et donc sur leurs capacités d'interventions – à l'issue de la démarche.

¹⁹⁴ Nexem est une organisation professionnelle qui négocie notamment dans le cadre de la convention collective nationale de mars 1966 (convention des établissements et services pour personnes inadaptées ou handicapées) et au niveau de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif (Bass)

¹⁹⁵ Access (employeurs santé social) est la confédération de quatre organisations du secteur privé non lucratif (Croix Rouge, Nexem, Fehap et Unicancer).

¹⁹⁶ Arrêté du 21 juin 2021, publié au Journal officiel le 2 juillet 2021

C - Des conditions de gestion des ressources humaines à conforter

1 - Des emplois qui restent morcelés malgré la redéfinition des diplômes et des tâches

Des travaux de rénovation des diplômes (réingénierie du diplôme d'aide-soignant – DEAS – pour le porter au niveau IV, création du nouveau diplôme d'accompagnant éducatif et social – DEAES) ont été engagés pour clarifier les métiers et faciliter les passerelles d'un secteur à l'autre.

Pour autant, la refonte du DEAES n'a pas réussi à lever les frontières entre le domicile et les établissements pour personnes âgées, d'une part, et avec l'ensemble du secteur pour personnes handicapées, d'autre part. Fusionnant les anciens diplômes spécialisés par structures d'intervention (à domicile ou en établissements), le nouveau DEAES a été décliné en spécialités qui recréent les anciennes séparations. Il en ressort que la spécialité « accompagnement de la vie en structure collective » (Ehpad) est plébiscitée et que les passerelles entre les diverses structures du médico-social restent peu empruntées¹⁹⁷. Quant au DEAS, il a été revu par la DGOS sans associer la DGCS, alors même que les aides-soignants sont déterminants en ESMS.

Par ailleurs, la mobilité verticale est modeste pour ces emplois. L'accès au statut d'infirmier pour les aides-soignants reste conditionné à la formation en institut de formation en soins infirmiers (Ifsi), sous réserve d'avoir réussi un examen de sélection et d'avoir au moins trois ans d'ancienneté pour que la formation soit financée par l'employeur. En dépit d'aménagements légers (validation d'office de certaines unités d'enseignement et exemption du 1^{er} stage), la capacité à suivre une formation qui reste longue – trois ans ramenés à deux ans et demi pour les AS depuis septembre 2020 – pèse aussi bien sur les services que sur les professionnels concernés, et cela est d'autant plus discriminant qu'elle concerne des professions très féminisées, peu rémunérées et donc pour qui le coût d'opportunité est très fort.

2 - Des réponses institutionnelles encore parcellaires, mais des expériences du terrain qui pourraient être étendues

Les études internationales montrent que ces problèmes touchent de nombreux pays.

Le renforcement des formations et de la validation des acquis sont les stratégies les plus répandues dans les pays étudiés. En revanche, les autres réponses peuvent varier. L'Allemagne privilégie ainsi une stratégie de recrutement de personnels soignants étrangers et d'appui sur les aidants informels. Les Pays-Bas et la Norvège s'appuient plutôt sur un recours aux nouvelles technologies dans l'accompagnement des personnes âgées, afin de libérer du temps de soins. Ils promeuvent aussi l'implication des infirmières dans de nouveaux rôles managériaux et d'association aux décisions de soins (comme le modèle Buurtzorg développé aux Pays-Bas).

¹⁹⁷ Ce constat est du reste partagé par les administrations, puisqu'une note de la DGCS du 5 janvier 2021 relative aux mesures sur l'attractivité envisage une rénovation du DEAES avec une fusion des spécialités.

Le modèle Buurtzorg

Lancé en 2006 aux Pays-Bas, il repose sur des équipes de 6 à 12 infirmiers, sans responsable, prenant en charge jusqu'à 60 patients. Ce modèle de management repose sur des décisions collégiales et la gestion par l'équipe de l'emploi du temps et des recrutements.

Une étude de Ernst and Young de 2009¹⁹⁸ estime que ce modèle est performant sur le plan économique. De surcroît, il renforce la satisfaction des professionnels et réduit les problèmes d'absentéisme et de turn-over. Deux conditions semblent déterminantes pour son bon fonctionnement : l'optimisation des temps de déplacements par la délimitation de la zone géographique d'intervention (Buurtzorg peut se traduire par « soins de voisinage ») et l'organisation des différents temps d'accompagnement avec la fixation d'un objectif de productivité tel que 60 % du temps de travail infirmier passé auprès des patients (a contrario, les infirmiers accordent 40 % de leur temps à des tâches de gestion et de coordination).

En France, outre les actions relatives à la rémunération, les pouvoirs publics apportent des réponses discutables sur les recrutements et parcellaires sur la qualité de vie au travail.

Par une circulaire interministérielle du 9 octobre 2020, l'administration a engagé une campagne de recrutement en urgence appelée « un métier pour nous », dont l'objectif était d'orienter des professionnels subissant des pertes d'emplois et des chômeurs de longue durée vers les secteurs fragilisés par la crise sanitaire (tourisme, hôtellerie...). Il s'agissait notamment de professionnaliser des accompagnants à domicile *via* une formation courte de seulement 10 semaines (alors que la formation d'un accompagnant éducatif et social dure, selon les instituts de formation de 1 à 2 ans). Une telle brièveté est discutable au vu des responsabilités à l'égard de personnes fragiles qui incomberont aux personnes ainsi formées.

À moyen terme, hormis la refonte du diplôme d'AES qui devrait intervenir en septembre 2021, les travaux sont encore peu aboutis (travaux sur les certifications, volonté de faciliter l'accès à l'apprentissage ou à la validation des acquis de l'expérience...).

En matière de qualité de vie au travail (QVT), la DGCS a produit un guide pratique pour mettre en place une démarche QVT dans les ESMS en mars 2021. Si ce guide est exhaustif, il reste plus un catalogue de principes qu'un manuel diffusant des outils pratiques pour les services.

D'autres pistes ont été envisagées par les acteurs de terrain et leurs fédérations, notamment au sein de la Commission nationale de la QVT. C'est par exemple le cas de la mutualisation par groupement d'employeurs médico-sociaux : en mettant des salariés à temps partagés à disposition des structures d'aide à domicile adhérentes, elle permet l'atteinte de temps pleins. Étendues plus largement, de telles solutions pourraient limiter la coexistence actuelle et peu compréhensible de postes non pourvus et de temps partiels subis. Ce regroupement des fonctions supports doit être pensé dès la délivrance des autorisations, à l'exemple, du réseau public départemental d'aide à domicile de la Gironde.

Une analyse systémique menée par les directions de tutelles ou par l'Anap apparaît nécessaire pour éclairer les gestionnaires sur les mesures pratiques à mettre en œuvre pour optimiser les organisations de travail dans les services.

¹⁹⁸ Ernst & Young, *Maatschaappelijke business case Buurtzorg (Social business case : Buurtzorg)*, 2009.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le débat récurrent entre projection des établissements hors les murs et développement des services est dépourvu de sens, car le sujet central est de faire effectivement tomber le cloisonnement entre domicile et hébergement collectif. Des évolutions réglementaires sont à l'œuvre pour fluidifier l'accompagnement médico-social. Il s'agit de les conforter en adossant les structures dédiées à la coordination à des ESMS existants, ce qui permettrait de globaliser les ressources et d'internaliser les actions de prévention et d'orientation en faveur des publics fragiles.

L'organisation de ces nouveaux modes de prise en charge s'inscrit dans une programmation qui doit être réalisée au plus près des bassins de vie des usagers et surtout accompagnée par les autorités de contrôle et de tarification.

Que ce soit en matière de régulation des soins de ville – en partenariat avec les CPAM – ou dans leur position de tutelle des établissements de santé, les ARS apparaissent les mieux placées pour articuler les interventions des services de soins à domicile avec les professionnels de santé libéraux et hospitaliers. L'instrument de la contractualisation comme la définition des territoires, au travers des autorisations, sont autant de leviers à leur main. Des objectifs de coordination pourraient être assignés aux ESMS mais aussi aux établissements de santé et aux professionnels exerçant dans des structures d'exercice coordonné, par les ARS, lors de la signature des CPOM. La réalisation de cette mission, qui relève de leurs attributions mais qui peine à être mise en pratique, représentera un saut qualitatif important pour les équipes des ARS et devra être accompagnée par les pouvoirs publics centraux. La construction de synergies entre les différents secteurs de soins et la garantie de leur effectivité pourraient figurer parmi les objectifs assignés aux directeurs généraux des ARS dans le cadre des CPOM entre l'État et les ARS.

La tarification actuelle des services de soins, fondée sur des dotations globales « historiques » doit évoluer. Des réformes successives ont échoué à modifier l'allocation des ressources dans le sens d'une plus grande équité. Dans le secteur des personnes handicapées, les études de coûts tardent à produire des effets en matière de répartition des financements.

Les dotations des Ssiad doivent mieux prendre en compte la dépendance de leurs patients et inclure des crédits d'accompagnement de la réforme. Pour les services qui suivent les personnes handicapées, la standardisation paraît plus complexe à mettre en œuvre. La conjugaison de dotations socles constituées à partir d'outils mis en place par les autorités centrales et de financements complémentaires doit être réalisée dans le cadre des CPOM au plus près des territoires.

Le manque d'attractivité caractérise depuis plusieurs années le secteur médico-social. Il résulte de nombreux facteurs, parmi lesquels une rémunération peu incitative, une organisation du travail qui ne facilite pas l'atteinte d'un temps plein et la faiblesse des perspectives professionnelles.

L'extension du Ségur de la santé à l'ensemble du soin à domicile devrait se réaliser d'ici 2022 et répondre en partie au problème de la faiblesse des salaires. Il faudra vérifier à la fin de son déploiement que son application progressive n'aura pas créé une concurrence conjoncturelle et gêné les possibilités de recrutements des services et donc leur capacité

d'accueil. La situation appelle aussi à remédier aux écarts de rémunération liés au statut des intervenants (secteur public / secteur privé) par exemple en élargissant la réflexion sur les différences de rémunération entre employés et professionnels libéraux, et le cas échéant, en favorisant les modalités d'exercice partagé.

La question de l'attractivité n'est pas pleinement réglée et elle est d'autant plus prégnante que les besoins à venir seront croissants. En ce sens, une plus grande mutualisation des moyens humains, de meilleurs débouchés professionnels pour les accompagnants ou les aides-soignants constituent des pistes de renforcement de l'attractivité du soin à domicile à développer en complément des revalorisations salariales déjà actées.

La Cour recommande donc :

- 4. d'introduire, dans les contrats entre le ministère et les ARS, un objectif quantifié relatif au développement des coordinations territoriales entre les établissements et services médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé exerçant dans des structures d'exercice coordonné ainsi que les moyens afférents (ministère des solidarités et de la santé) ;*
 - 5. de mettre en place un financement des services de soins à domicile adapté à la sévérité des prises en charge, avec une révision régulière de la mesure de la dépendance dans le cas des personnes âgées selon un processus d'accord tacite, qui intègre un volet lié à leur performance et tienne compte des temps de coordination nécessaires à l'efficacité de leur fonctionnement (ministère des solidarités et de la santé et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) ;*
 - 6. de faciliter les perspectives de carrières des aides-soignants, notamment l'accès à la profession d'infirmier, et d'inciter l'aménagement de leurs modalités d'emploi pour réduire les temps partiels subis (ministère des solidarités et de la santé).*
-

Liste des abréviations

AES	Accompagnants éducatifs et sociaux
AIS	Acte infirmier de soins
AMI.....	Actes médicaux infirmiers
AMP.....	Aide médico-psychologique
Anap	Agence nationale d'appui à la performance
APA.....	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS.....	Agences régionales de Santé
Atih.....	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVS.....	Auxiliaire de vie sociale
BAD	Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile
BSI	Bilan de soins infirmiers
CAE.....	Conseil d'analyse économique
CAMSP	Centres d'action médico-sociale précoce
CASF.....	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCN 51.....	Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, dite « Fehap»
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDAPH.....	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSP.....	Code de la santé publique
CTI.....	Complément de traitement indiciaire
CVS.....	Conseils de la vie sociale
DAES	Diplôme d'accompagnant éducatif et social d'aide-soignant
DEAES.....	Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
Ditep.....	dispositifs Itep
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRL.....	Dotations régionales limitatives
DSI.....	Démarche de soins infirmiers
DUI.....	Dossier usager informatisé
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENEAS.....	Études sur l'autonomie et l'hébergement des seniors

ENSA	Effort national de solidarité pour l'autonomie
Esat.....	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
GIN.....	Garde itinérante de nuit
GIR.....	Groupe iso-ressource
HAD	Hospitalisation à domicile
HCFEA.....	Haut conseil pour la famille, l'âge et l'enfance
Idec.....	Infirmier diplômé d'État coordonnateur
IEM	Instituts d'éducation motrice
IFSI.....	Institut de formation en soins infirmiers
IME	Institut médico-éducatifs
Itep	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MDPH	Maison départementale des personnes âgées
MSP.....	Maisons de santé pluri professionnelles
NGAP.....	Nomenclature générale des actes professionnels
Ondam.....	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OGD.....	Objectif global de dépenses
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PPH	Plan pluriannuel du handicap
PPH-HR.....	Plan pluriannuel du handicap - handicaps rares
PSGA	Plan de solidarité grand âge
REPSS	Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale
Saad.....	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
Samsah	Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'aide à la vie sociale
Sessad.....	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
SLD	Soins de longue durée
Spasad	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
Ssiad	Services de soins infirmiers à domicile
Ssiad PA	Service de soins infirmiers à domicile - personnes âgées
Ulis	Unités localisées pour l'inclusion scolaire
UNA.....	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
Uniopss.....	Unir les associations pour développer les solidarités

Annexes

Annexe n° 1 : demande d'enquête.....	102
Annexe n° 2 : liste des personnes auditionnées.....	106
Annexe n° 3 : définition et limites des comparaisons internationales.....	116
Annexe n° 4 : comparaisons internationales – Éléments sur la politique de soins de longue durée pour les personnes âgées au Danemark.....	121
Annexe n° 5 : comparaison des coûts publics entre domicile, Ssiad et Ehpad – méthodologie.....	123
Annexe n° 6 : estimation des besoins à horizon 2030 en places de Ssiad-Spasad et estimation du surplus potentiel de dépenses d'AIS (à pratique actuelle inchangée).....	129
Annexe n° 7 : réponses aux questionnaires transmis aux fédérations.....	134
Annexe n° 8 : la crise covid et les établissements et services médico-sociaux.....	140
Annexe n° 9 : l'hospitalisation à domicile.....	146

Annexe n° 1 : demande d'enquête

R E P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LE PRÉSIDENT

Monsieur Didier MIGNAUD
Premier Président
COUR DES COMPTES
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

Paris, le 13 septembre 2019

Réf : AFSOC_PDT_2019_406

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes procède à une enquête sur les groupements hospitaliers de territoires (GHT) et sur les prises en charge en santé à domicile.

La commission des affaires sociales est attentive à l'évaluation des dispositifs portés par les lois successives relatives à la santé pour la structuration de l'offre hospitalière sur les territoires. Un premier bilan réalisé cette année, orienté vers la dimension d'organisation territoriale, nous a permis de constater que les projets de santé étaient encore trop rarement structurants pour les GHT, ces derniers ayant par ailleurs noué des partenariats inégaux avec les autres acteurs de santé. Dans les territoires s'exprime assez souvent la crainte que les GHT ne conduisent à vider certains établissements de leur substance au profit de l'établissement support et au détriment d'une répartition équilibrée de l'offre de soins sur un territoire donné. L'analyse de la Cour me semblerait intéressante pour disposer d'une vision complète et actualisée du sujet, portant à la fois sur l'impact de la mise en place des GHT sur l'organisation interne des établissements de santé publics et la territorialisation des soins hospitaliers.

Pour ce qui concerne les prises en charge en santé à domicile, je suis régulièrement saisi, ainsi que mes collègues, par les professionnels du secteur des prestataires de services à domicile à l'occasion des baisses de prix pratiquées par le Comité économique des produits de santé sur certains dispositifs médicaux dans le cadre des économies programmées pour le respect de l'Ondam. Les entreprises font notamment valoir l'impact des baisses de tarifs mais aussi de l'évolution de la réglementation sur leur activité et, plus largement sur la structuration du secteur.

.../...

15, RUE DE VAUGIRARD – 75291 PARIS CEDEX 06 - TELEPHONE : 01 42 34 20 84

- 2 -



Pour autant, nous constatons par ailleurs une dynamique très soutenue du marché français avec un chiffre d'affaires qui a cru de 7 % par an au cours des dernières années pour atteindre 3,5 milliards d'euros dont 90 % sont pris en charge par l'assurance maladie.

Ces éléments conduisent à s'interroger sur le modèle économique du secteur, sa structuration et les composantes de sa dynamique, sur la place et les missions de ces prestataires dans le système de santé et leur articulation avec la HAD dans le cadre d'un développement souhaité de l'ambulatoire et des prises en charge à domicile. Je m'interroge aussi sur la pertinence des prescriptions notamment de la perfusion, de la prise en charge de l'apnée du sommeil ou encore du diabète, mais aussi sur une autre régulation du secteur par les autorités publiques que les seules baisses de prix, par exemple en fonction de la qualité et de la pertinence des interventions. Il me semble qu'une clarification et une évolution du pilotage de cette politique, prise en charge en quasi-totalité par la sécurité sociale, sont nécessaires et le diagnostic posé par la Cour pourrait y contribuer.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Avec mon Cordialement

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alain MILON".

Alain MILON

Cour des comptes

**Le Premier président**

Le - 1 OCT. 2020

Monsieur le Président,

Par courrier du 13 septembre 2019, vous aviez souhaité, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, que la Cour procède à une enquête sur les prises en charge en santé à domicile, recouvrant les interventions des prestataires de services et distributeurs de matériels (PSDM). Dans un courrier du 25 septembre 2019, le Premier président Didier Migaud a confirmé la réalisation de cette enquête.

Comme vous le savez, depuis votre saisine, une enquête complète sur ce sujet a été menée par l'IGAS et rendue publique cet été.

Je vous confirme que, comme convenu avec vos services, l'enquête sera recentrée sur les services de soins à domicile qui permettent de prendre en charge sur leur lieu de vie les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap ou certains patients auxquels ils offrent une alternative à l'hospitalisation. Le périmètre de l'enquête comprendra les services de soins à domicile relevant du secteur médicosocial, aujourd'hui spécialisés suivant les publics pris en charge tels les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ou les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile pour enfants (SESSAD) et également ceux relevant du secteur sanitaire comme l'hospitalisation à domicile (HAD). Ils représentaient en 2019 un montant de dépenses pour l'assurance maladie supérieur à 4 milliards d'euros.

Ce thème, peu étudié, a pris une actualité certaine avec la crise sanitaire, qui a fortement affecté les établissements d'hébergement complets, tels les EHPAD ou les établissements d'hébergement pour handicapés enfants ou adultes et conduit, de fait, à renforcer l'attractivité des services intervenant à domicile.

La France est, par ailleurs, dans une situation paradoxale : alors que les enquêtes d'opinion montrent que les Français privilégient très majoritairement le maintien à domicile pour les personnes âgées et que la loi « Handicap » du 11 juillet 2005 reconnaît le droit à toute personne en situation de handicap de choisir de demeurer à son domicile, notre pays se caractérise, selon l'OCDE, par un fort taux d'hébergement complet, à rebours des politiques menées par d'autres pays comparables. Ces derniers favorisent souvent une prise en charge globale au domicile, notamment pour les personnes âgées dépendantes, et ont, pour certains, mis en œuvre, depuis le début des années 2000, une forte réduction des places en institution.

Monsieur Alain Milon
Président de la Commission
des affaires sociales
Sénat
15, rue de Vaugirard
75006 Paris

L'enquête de la Cour s'attachera, en premier lieu, à évaluer les résultats des politiques menées par les pouvoirs publics, tant en termes de création de places, de financements mobilisés que d'adaptation de l'offre à la demande, en fonction des publics visés. L'impact des évolutions récentes de transformation de l'offre vers une société plus inclusive, à travers le déploiement d'expérimentations sur le territoire, sera examiné. La répartition territoriale des services de soins sera également étudiée, en tenant compte des alternatives, telle l'offre infirmière libérale, ainsi que des efforts faits pour réduire les disparités territoriales.

Les freins existant au développement de l'offre seront, en second lieu, identifiés, ainsi que la structuration et le modèle économique du secteur, les enjeux de tarification, le cloisonnement des publics et des financements, le pilotage national et les acteurs impliqués tant au niveau national que territorial. Les conditions d'une meilleure efficacité des dépenses globales consacrées au maintien à domicile des populations concernées seront également recherchées alors qu'actuellement les différents segments de l'offre relèvent d'enveloppes (ville, sanitaire, médico-social) distinctes, aux modalités de régulation différentes.

L'enquête comportera une dimension internationale afin de mettre en lumière certains modèles dont la France pourrait s'inspirer.

A partir des constats réalisés, l'enquête de la Cour aura pour objectif de proposer les moyens de mieux répondre aux besoins existants, tout en optimisant les dépenses d'assurance maladie et, au final, de permettre aux personnes concernées et à leur famille d'exercer effectivement la liberté de choix, qui leur est reconnue par la loi, entre domicile et hébergement en institution.

La date de remise du rapport sera inchangée par rapport à celle prévue dans le courrier que Mme Sophie Moati a signé, le 15 mai dernier, en tant que Doyenne des présidents de chambre : il s'agira toujours du mois de mars 2022, afin de permettre une audition avant la suspension des travaux liée à l'élection présidentielle.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Fidèlement,



Pierre Moscovici

Annexe n° 2 : liste des personnes auditionnées

ADEDOM (anciennement Adessa à domicile)

Hugues VIDOR, Directeur

Célia FLAVIGNY, Responsable du Pôle Santé et Soins

Assemblée des départements de France (ADF)

Jean-Michel RAPINAT, Conseiller social

Marie-Hélène JULIEN, Chargée des relations avec le Parlement

Aide à domicile en milieu rural (ADMR)

Jérôme PERRIN, Directeur du développement

Esther SCHINDLER, Conseillère

Agence nationale d'appui à la Performance (Anap)

Sophie MARTINON, Directrice générale

Elsa PTAKHINE, Directrice du Département Ingénierie de projet

Agence régionale de santé d'Île-de-France

Isabelle BILGER, directrice de l'autonomie

Solenne DE ZELICOURT, directrice adjointe de l'autonomie

Charlotte FAISSE, Responsable de l'organisation de l'offre pour les personnes en situation de handicap

Nathalie MONTANGON, Responsable du département efficacité et financement, direction de l'autonomie

Flore MOITSINGA, département autonomie, service personnes âgées

Sabrina MESLEM, référente offre à domicile

Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Raphaël GLABI, Directeur de l'autonomie

Astrid LESBROS-ALQUIER, Directrice déléguée au pilotage de l'offre médico-sociale.

Catherine GINI, Responsable du Pôle planification de l'offre de la Direction de l'autonomie

Christelle SANITAS, Responsable du Pôle allocation et optimisation des ressources (PA et PH)

Frédérique CHAVAGNEUX, Directrice déléguée qualité et performance

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)

Caroline REVELIN, Chargée de l'étude nationale de coûts/ENC

Fabienne PECORARO, Adjointe à la chargée de l'étude nationale de coûts/ENC

Jonathan DHIF, Chargé de l'ENC Ehpad et tableau de bord de performance

Marjorie TEYSSIER, Chargée de Serafin PH

Nelly BOULET, Chargée du financement et de l'analyse économique (FAE)

ANCLIC/Association nationale des CLIC

Sylvie LAINE, Vice-présidente - PAT de Fontainebleau

Pascal POUSSE, Trésorier adjoint - Association gérontologique de Gâtine

Éliane ABRAHAM, Gériatre Grand Est

Association des maires de France

Pierre MARTIN, Maire de Chauvé (Loire Atlantique)

Nelly JACQUEMOT, Responsable de la Direction de l'Action sociale, culturelle, éducative et sportive (DASOCES)

Sarah REILLY, Conseillère technique à la DASOCES

Association des paralysés de France (Sessad et Samsah)

Pierre Yves LENEN, directeur de développement des services

Laurence LECONTE, directrice régionale Île-de-France

Michel DELCEY, médecin conseil

Laure ROSSI, directrice pôle enfance APF Île-de-France

Cyril COULET, Directeur de pôle (FAM, Sessad, SAVS-Samsah, Mission Emploi)

Roch BADOUREAUX, Adjoint de direction (Samsah SAVS Sessad)

Association villes santé OMS (AVS OMS)

Maude LUHERNE, Directrice du Réseau Villes Santé

Marie-Christine STANIEC, Maire-adjointe de Lille, conseillère communautaire et membre du Réseau Santé et Vieillesse

Comité interministériel du handicap (CIH)

Céline POULET, Secrétaire générale

Maxime OILLAUX, Chef de projet

Caisse nationale d'Assurance Maladie (Cnam)

Claude GISSOT, Directeur de la stratégie, des études et des statistiques

Caroline FIVAZ, Responsable du département en système d'informations décisionnelles

Geneviève MOTYKA, Directrice de cabinet du Médecin Conseil national

Fanny RICHARD, Directrice de l'Intervention Sociale et de l'Accès aux Soins (DISAS),
Direction Déléguée aux Opérations (DDO)

Dr. Nadine RIBET-REINHART, Responsable médicale Groupe UGECAM

Julie POUGHEON, Directrice de l'offre de Soins (DOS – Direction de l'Offre de Soins)

Odile RAMES, Responsable du département de l'hospitalisation (DHOSPI) à la DOS

Garménick LEBLANC, Coordinatrice de la cellule médico-sociale au DHOSPI

Mickael BENZAQUI, Responsable adjoint du département des Actes médicaux (DACT)
à la DOS

Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Cyrielle CLAVERIE, Vice-présidente. Cheffe de projet handicap. Croix Rouge

Marie-Christine TEZENAS, Présidente du groupe « Polyhandicap France »

Noémie NAULEAU, Conseillère technique Autonomie. UNIOPSS

Laurie FRADIN, Conseillère technique santé ESMS. UNIOPSS

Dominique SPRIET, Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques
(GIHP)

Aude BOURDEN, Conseillère nationale Santé médico-social. APF France Handicap

Marie-Catherine TIME, APF France Handicap

Charly CHEVALLEY, Responsable du service qualité et développement. GAPAS

Marie-Richard PLUCHON, Présidente d'association d'aidants

Geneviève LAURENT, Présidente de l'ANECAMSP

Olivier MANCERON, Femmes pour le dire, femmes pour agir (FDFA)

Jean-Luc CORNE, Association nationale pour la prise en compte du handicap dans les politiques publiques (APHPP)

Odile ANTOINE, Coactis Santé

Audrey PITON, FEPEM

Louis VAN PROOSDIJ, Créative Handicap

Jacques DESPLAN, Aphasiques de France

Conférence nationale de santé (CNS)

Emmanuel RUSCH, Médecin de santé publique, PU-PH, Président

Christian BRUN, Président du groupe de travail sur le droit des usagers

Pascal MELIHAN-CHEININ, Secrétaire général

Eva BROCARD, Chargée de mission

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Virginie MAGNANT, Directrice générale

Bénédicte AUTIER, Directrice de la Direction de la compensation de la perte d'autonomie

Gaël HILLERET, Directeur des établissements et services médico-sociaux

Olivier PAUL, Directeur adjoint des établissements et services médico-sociaux

Virginie HOAREAU, Responsable Pôle Partenariats Institutionnels à la Direction Compensation

Carole BUGEAU, Chargée de mission

Nadège BOISSY, Assistante du DG

Départements

Jean-Yves COUDRAY, Directeur de l'autonomie du département Seine-et-Marne

Sonia PIRES, Directrice de l'autonomie du département de l'Essonne

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Anatole PUISEUX, Sous-directeur en charge de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Marie-Claude MARAIS, Ajointe au chef du bureau prévention perte d'autonomie et parcours de vie des personnes

David SOUBRIE, Sous-directeur des professions sociales, de l'emploi et des territoires.

Alex ESSID, Adjoint au sous-directeur

Nelly JOUSSET-ANTIPHON, Cheffe du bureau de l'emploi et de la politique salariale

Saïd HACEF, Directeur de projet, chargé de piloter la transformation de l'offre de solutions pour les personnes handicapées dans le secteur médico-social dans une visée inclusive

Direction générale de l'offre de soin (DGOS)

Sylvie ESCALON, Sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

Thierry KURT, Chef du bureau Prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale - R4

Olivier SCEMAMA, Adjoint chef du bureau prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale - R4

Laetitia FAVERAUX, Chargée de mission sur l'évolution de l'hospitalisation à domicile

Pauline BOILLET, Chargée de mission sur l'évolution de l'HAD

Muriel MONS, DIM

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Patrick AUBERT, Sous-directeur de l'Observation de la Solidarité

Layla RICROCH, Cheffe du bureau « handicap, dépendance »

Vanessa BELLAMY, Adjointe à la cheffe de bureau « handicap, dépendance »

Albane MIRON DE L'ESPINAY, Cheffe du pôle « micro-simulations » - BHD/OSOL

Hélène CHAPUT, Cheffe du bureau « Professions de santé » - BPS/OSAM

Mickaël PORTELA, Chef de la Mission des relations et études internationales - MREI/SEEE

Geoffrey LEFEBVRE, Chef du bureau « Analyse des comptes sociaux »

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Antoine IMBERTI, Chef de projet pour la mise en œuvre de la 5ème branche de sécurité sociale

Charles RIGAUD, Adjoint au chef de bureau « Établissements de santé et médico-sociaux » – 1ère Sous-Direction

Mélina RAMOS-GORAND, Adjointe à la cheffe du bureau « Études et évaluations » (6ème Sous-Direction)

Experts

Amélie CARRERE, Docteure en sciences économiques – Économiste à l’Institut des Politiques Publiques

Jérôme GUEDJ, inspecteur des affaires sociales

Fédération des établissements hospitaliers et d’aide à la personne privés solidaires (Fehap)

Jean-Christian SOVRANO, Directeur de l’autonomie et de la coordination des parcours de vie

Nzhate Bounzate MAAZOUZ, Conseillère autonomie et parcours de vie

Fédération hospitalière de France (FHF)

Marc BOURQUIN, Conseiller stratégie et Responsable Parcours, Proximité, Autonomie et Territoire

Sandrine COURTOIS, Co-responsable du pôle autonomie - Parcours

Benjamin CANIARD, Co-responsable du pôle autonomie - Parcours

FACS / Fédération nationale des dispositifs d’appui à la coordination

Édouard HABIB, Directeur de la FACS IDF

Sylvie META, Directrice de Dispositifs d’Appui à la Coordination - Membre du bureau de la FACS

Fédération nationale des établissements d’hospitalisation à domicile (Fnehad)

Élisabeth HUBERT, Présidente

Emilien ROGER, Délégué national

Béatrice FRECON, Déléguée nationale

Laure BOISSERIE-LACROIX, Conseillère médicale

Fédération nationale de la mutualité Française (FNMF)

Michel COUHERT, Directeur de l’offre de soins, de l’autonomie et des parcours

Emilie DUCHANGE, Chargée de mission

David DELPERIE, Directeur du pôle domicile et parcours dans l’Aveyron

Fondation Croix Saint Simon (HAD, Samsah)

Isabelle BOUVIER, Directrice générale

Laurence VERGEANCE, directrice pôle Personnes Âgées - Personnes Handicapées

Juliette RIVIÈRE directrice du Samsah

France Assos Santé

Sylvain DENIS, membre du Bureau de la Fédération nationale des associations de retraités

Henri LEMOINE, Président de la Fédération Nationale Générations Mouvement

Cap Handéo

Cyril DESJEUX, Directeur scientifique

Haute autorité de santé (HAS)

Anny SIBONI-ZERBIB, Directrice de cabinet

Véronique GHADI, Co-directrice qualité de l'accompagnement sociale et médico-sociale

Catherine GRENIER, Co-directrice de la qualité de l'accompagnement

Christiane JEAN-BART, Cheffe du service des recommandations

Pierre GABACH, Adjoint et chef du service des bonnes pratiques

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Ana LLENA NOZAL, Senior Economist

Samsah Les Œuvres Falret

Anne-Gaël GUIOL, Directrice plateforme inclusion paris

Stéphanie AVALE, Chef de service du Samsah

Samsah et Sessad UNAPEI Moulins

Christophe TEYSSANDIER, Directeur général

Sessad Emile Guillaumin (Coulandon)

Fanny Péchenard, Directrice de l'IME et du Sessad

Sabine Roques, Cheffe de service du Sessad

Sessad Les Tout Petits

Sébastien LEGOFF, directeur général de l'association Les tout petits

Nadège CHOPLAIN, directrice

Spasad La Maison des Champs

Jérôme LUCAS, DG de la Fondation Maison des champs

Catherine DE BRABOIS, DG adjointe de la fondation

Didier BECKERICH, Directeur du Ssiad

Dabhia BELHOUSSA, cadre de secteur du Spasad

Ssiad ACPPA

Laurence CABIROL, directrice des opérations

Ssiad ADMR Seine-et-Marne

Pascal GIRAUD, directeur départemental ADMR 77

Patricia SIMON, responsable du Ssiad Auxence.

Catherine BOURGEOISAT, Infirmière coordinatrice du Ssiad

Ssiad CASVP de la Ville de Paris

David SOUBRIE, sous-directeur des services aux personnes âgées

Sophie GALLAIS, cheffe de service pour la vie à domicile

Linda ZAUCHE, Cadre de santé, chargée de mission qualité du Ssiad

Ssiad CCAS Villeurbanne

Magali DECOURS, Directrice déléguée du CCAS & Seniors et Liens Intergénérationnels

Didier PIGNARD, Responsable du Ssiad et formation IDE

Ssiad Centre hospitalier de Montluçon

Bernadette MALLOT, Directrice générale du CH de Montluçon Nérès les Bains

Dr Anne BOUDOT BLANCHARD, Cheffe du Pôle médecine

Dr Yves GAUDUCHEAU, PH HAD

Christine DELORME, Cadre de santé

Dr Anne BOUDOT BLANCHARD, Cheffe du Pôle médecine

Christine DELORME, Cadre de santé
Sabine VINCENT, IDE coordinatrice
Sophie LAGARRIGUE, IDE coordinatrice

Ssiad Domusvi

Cécile HENRIET, Directrice Qualité et Relations Tutelles, Aide et Soins à Domicile

Ssiad Groupe hospitalier Sud Île-de-France

M. BALJEAC, Directeur
Sandy ALDERMAN GUERLOT, Directrice adjointe en charge des pôles de gériatrie
Isabelle MERLIER, gériatre, chef du pôle gériatrie
Cécile DROUIN, cadre du pôle gériatrie
Céline MENDES, cadre de santé du Ssiad

Ssiad Association Soins et santé

Stéphanie GARRETA, directrice générale de Soins et santé

Syndicat national des établissements et résidences privés et services d'aide à domicile pour personnes âgées (Synerpa)

Florence ARNAIZ-MAUMÉ, directrice générale
Pauline MENIEL, Responsable du pôle médico-social

Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

Marie-Reine TILLON, présidente
Line LARTIGUE, directrice du pôle politiques publiques
Laura BREDIN, chargée de mission

Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)

Hélène-Sophie MESNAGE, déléguée générale adjointe
Elodie BACOU, Secteur personnes âgées

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)

Jérôme VOITURIER, Directeur général

Céline FILIPPI, Conseillère technique autonomie

Liste des services contrôlés

Ssiad Association Soins et santé

Ssiad Groupe hospitalier Sud Île-de-France

Ssiad Domusvi

Fondation Croix Saint Simon (HAD, Samsah)

Samsah Les Œuvres Falret

Samsah et Sessad Unapei Moulins

Sessad Emile Guillaumin (Coulandon)

Sessad Les Tout Petits

Spasad La Maison des Champs

Ssiad ACPPA

Ssiad ADMR Seine-et-Marne

Ssiad CASVP de la Ville de Paris

Ssiad CCAS Villeurbanne

Ssiad Centre hospitalier de Montluçon

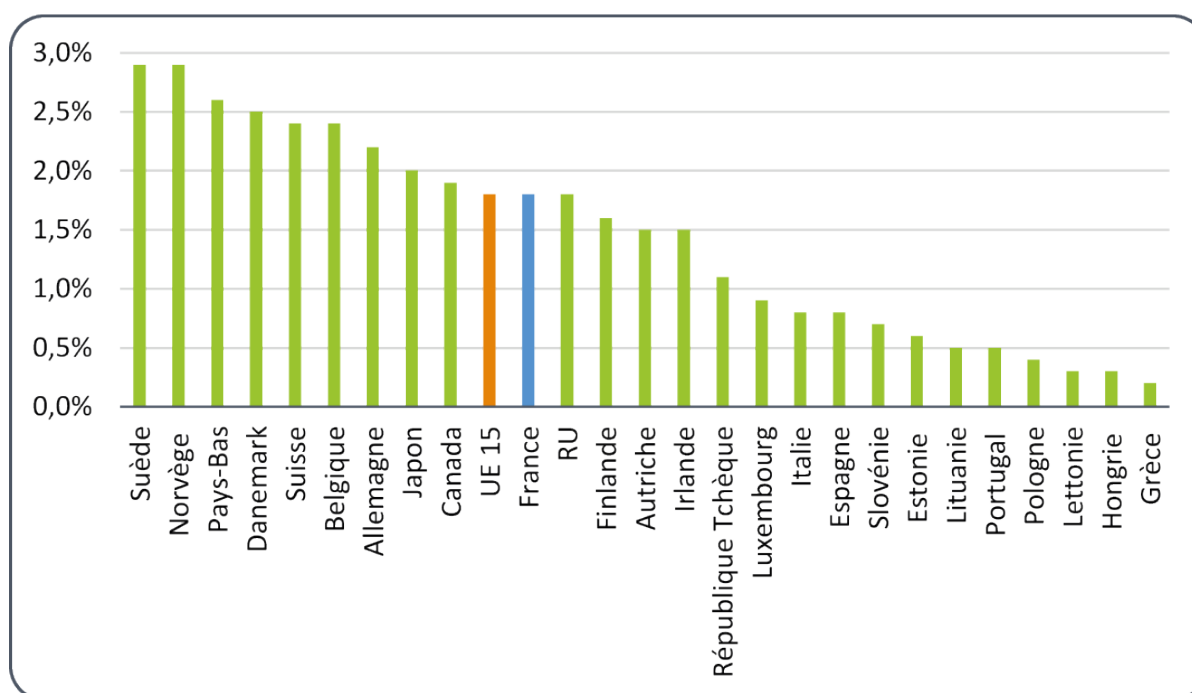
Annexe n° 3 : définition et limites des comparaisons internationales

Quelques définitions et comparaisons

Les comparaisons portent sur les dépenses de SLD, concept qui se rapproche le mieux de l'accompagnement médico-social des personnes dépendantes (âgées ou handicapées).

En 2019, selon la Drees¹⁹⁹, les dépenses de soins de longue durée s'établissaient en France à 1,8 point de PIB (composante soins), niveau comparable à celui des pays de l'Union européenne. Les pays les plus avancés sur les soins de longue durée selon ces comparaisons sont essentiellement des pays nordiques (Suède, Norvège, Danemark).

Graphique n° 10 : dépenses de soins de longue durée rapportées au PIB – composante santé



Sources : *Compte de la santé 2020 - Comparaisons internationales à partir de : OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).*

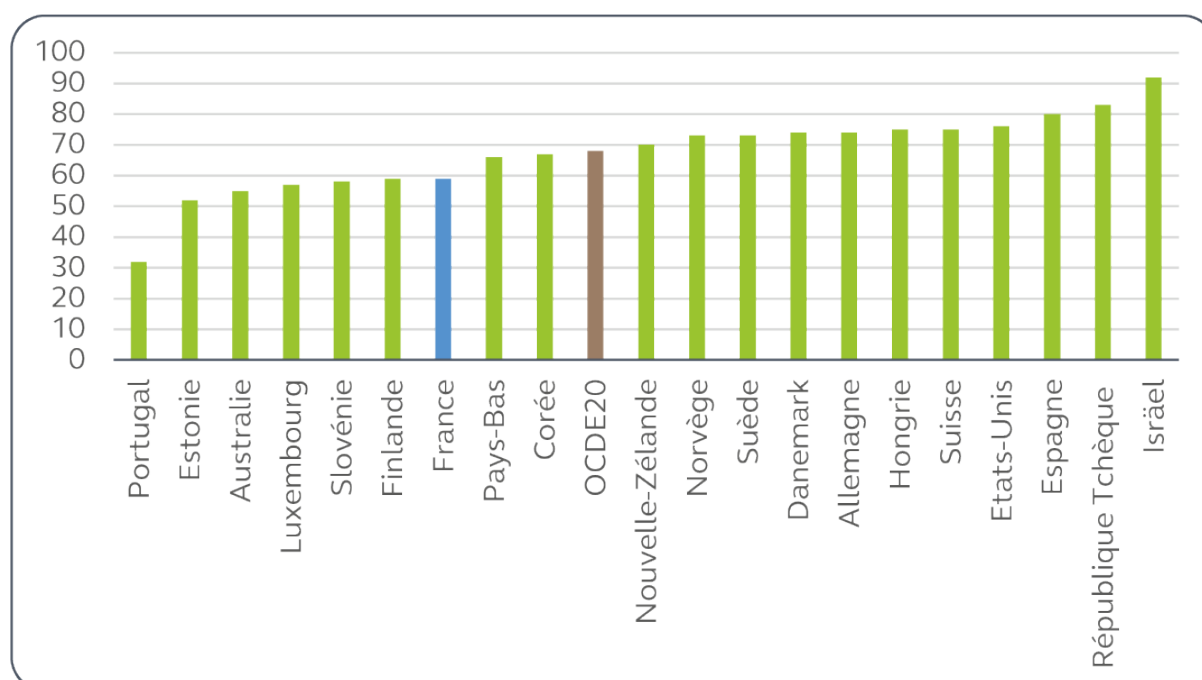
Cette comparaison ne tient cependant pas compte d'une partie des dépenses en faveur des services ainsi que des aides sociales qui permettent l'accompagnement de la dépendance et du handicap, composante dite sociale qui s'avère moins bien renseignée dans le système international des comptes de la santé. Sur cette composante sociale, la France se situe dans la moyenne des pays l'ayant renseigné (avec 0,6 pt de PIB qui en s'ajoutant à la composante santé

¹⁹⁹ Drees, *Les dépenses de santé en 2020 – Résultats des comptes de la santé* – Édition 2021.

l'amène à 2,4 pts de PIB de dépenses SLD), seuls le Danemark et les Pays-Bas présentant des dépenses, sur cette composante, significativement plus fortes.

En revanche, selon l'OCDE, en 2017, la France apparaîtrait en retrait, car parmi les bénéficiaires de SLD²⁰⁰, 59 % reçoivent des soins à domicile contre 68 % pour la moyenne des pays de l'OCDE. En lien avec leur position sur les dépenses de SLD, les pays nordiques sont ceux qui affichent des taux de prises en charge parmi les plus élevés (environ 75 %).

Graphique n° 11 : bénéficiaires de soins de longue durée de 65 ans et plus recevant des soins à domicile (année 2017 ou la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

La définition des dépenses de SLD au plan international est perfectible

Selon cette définition, les soins de longue durée incluent les services sanitaires et les services sociaux fournis aux personnes dépendantes ayant besoin de soins en continu.

Le volet sanitaire inclut au-delà des dépenses de santé, des aides telles que la prestation de compensation du handicap, l'allocation compensatrice du handicap, les aides aux activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ²⁰¹).

Le volet social reprend quant à lui essentiellement les aides aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

²⁰⁰ Les bénéficiaires de SLD ici sont les bénéficiaires de l'APA.

²⁰¹ Ce qui constitue la différence entre la dépense courante de santé au sens français ou DCS (qui n'inclut pas ces prestations et aides) et la dépense courant de santé au sens international (DSCi) qui les prend en compte.

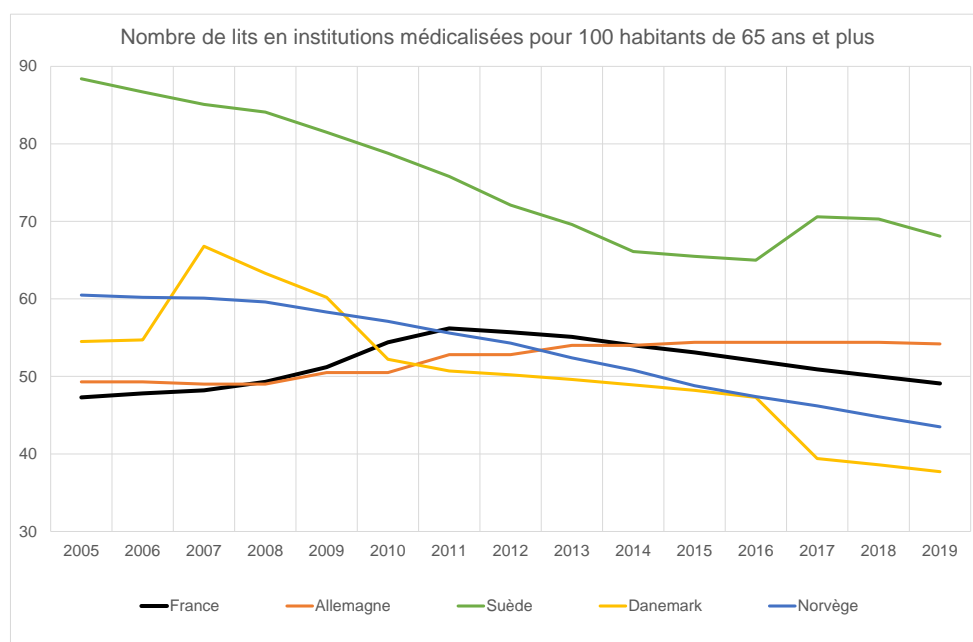
En regard de cette définition, les marges d'interprétation sont fortes car le partage entre soins curatifs et « réhabilitatifs » d'une part, et soins de longue durée d'autre part peut s'avérer complexe. De même, la distinction entre AVQ et AIVQ²⁰² est malaisée à quantifier (par exemple, elle suppose de séparer au sein de l'APA ce qui relève de chacune des deux catégories d'aides).

La difficile identification de ce qui relève de la composante sociale d'une part (généralement les soins à domicile) et celle sanitaire d'autre part des soins de longue durée, qui ne fait par ailleurs pas l'objet d'harmonisation, renforce la complexité des comparaisons internationales

Les taux d'institutionnalisation de l'OCDE (nombre de lits en institutions médicalisées pour 100 habitants de 65 ans et plus) montrent des mouvements nuancés selon les pays.

En fait, plus que la comparaison des niveaux en 2019, ce sont les dynamiques à l'œuvre dans les différents pays qui sont les plus instructives par leurs différences.

Graphique n° 12 : nombre de lits en institutions médicalisées pour 100 habitants de 65 ans et plus (de 2005 à 2019)



Source : Données OCDE.

Des pays comme la France ou l'Allemagne n'ont globalement pas connu une nette modification de leur taux d'équipement en places d'établissement entre 2005 et 2019. Tout au

²⁰² Les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elle puissent se lever, se laver, s'habiller ; se nourrir ou aller aux toilettes. Les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage...), ou des tâches administratives (gestion du budget).

plus, pourrait-on constater une légère tendance haussière pour l'Allemagne sur la durée, alors que la France serait engagée sur un mouvement très légèrement baissier depuis 2011.

La situation est différente pour les pays nordiques tels que la Norvège, le Danemark ou la Suède. Leur long mouvement de désinstitutionnalisation est net, mais il s'inscrit à partir de taux d'équipement en places institutionnelles qui étaient beaucoup plus hauts que dans le cas de la France ou de l'Allemagne. Cette baisse continue de l'équipement en places d'établissements en regard de la population âgée amène le Danemark ou la Norvège à afficher, en 2019, des taux d'équipement plus faibles que ses partenaires. Ce n'est en revanche pas le cas de la Suède qui a certes fortement désinstitutionnalisé son offre, mais qui conserve encore aujourd'hui un taux d'équipement en places d'établissements très supérieur à celui de la France ou de l'Allemagne.

L'exemple espagnol pour mieux comprendre les difficultés de mesure

En Espagne, le taux d'institutionnalisation des personnes âgées varie du simple au double selon la source des données : de 1,8 % selon l'OCDE à 3,5 % selon l'institut public en charge de la prise en charge de l'autonomie (Imsero), l'institut national de statistique espagnol (INE) en 2016 (dernières données utilisées dans le rapport sur les personnes âgées de l'Imsero²⁰³).

Cette différence s'explique assez aisément pour le cas de l'Espagne. La première mesure ne recense que les établissements qui sont dits « publics », tandis que la seconde l'ensemble des établissements. Néanmoins en Espagne, pour obtenir le versement de la prestation individuelle du Saad (« Sistema para la autonomía y atención a la dependencia »), et ainsi être « publics », les établissements doivent remplir un certain nombre de conditions et répondre à des normes de qualité. Cette distinction entre les établissements « publics » et « privés » traduit aussi des différences de qualité de prise en charge des personnes âgées.

Que retenir pour la France en matière de taux d'institutionnalisation ?

Si on retient les données de l'OCDE, qui reflètent davantage le modèle social de prise en charge de la perte d'autonomie, la France a un niveau moyen de prise en charge en institution par rapport à nos principaux voisins de l'UE. Avec une approche un peu plus large du taux d'institutionnalisation (celle du recensement), la France semble toujours à un niveau proche de ceux de nos principaux voisins : Allemagne, Belgique, Pays-Bas, mais plus élevé que celui des pays du nord de l'Europe.

La France n'a pas connu un mouvement de désinstitutionnalisation. Si les pays du nord (Suède et Danemark exclusivement) ainsi que les Pays-Bas ont amorcé ce mouvement, ils avaient également préalablement des niveaux d'institutionnalisation bien supérieurs à ceux de la France (souvent le double). Enfin, parmi les pays les moins dotés en soins de longue durée comme en Espagne, on assiste plutôt à un mouvement d'institutionnalisation avec la création d'un grand nombre de places dans des établissements.

²⁰³ Imsero (2017), *Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*, Colección Personas Mayores - Serie Documentos Técnicos y Estadísticos.

En conclusion

La fragilité des comparaisons internationales ne permet pas de trancher de manière définitive sur la place de la France en termes de soins de longue durée à domicile, relativement à l'ensemble de ses partenaires de l'OCDE.

En revanche, la France ne connaît pas de mouvement de désinstitutionalisation, là où les pays nordiques (qui sont les plus avancés en matière de domicile) connaissent une réduction régulière du nombre de places en établissements relativement à leur population de 65 ans et plus.

Annexe n° 4 : comparaisons internationales – Éléments sur la politique de soins de longue durée pour les personnes âgées au Danemark

1- Une priorité donnée au domicile dans les années 80

La priorité donnée à la prise en charge à domicile des personnes dépendantes s'est manifestée au cours des années 80. Le « pack vieillissement » adopté par le parlement danois en 1987 s'est traduit par un changement dans la manière de prendre en charge les personnes âgées en soins de longue durée. L'accent a été mis sur le soin à domicile. Dans les situations où le maintien au domicile n'était pas envisageable, les modes d'hébergement ont changé, avec la création de résidences s'apparentant plus qu'une maison de retraite à de « vrais logements » avec des résidents possédant un bail de location et les droits qui découlent de ce statut.

En conséquence, une redéfinition de l'offre danoise s'est opérée en matière de soins longue durée. La construction de maisons de retraite « institutionnelles » a été gelée et un grand nombre d'entre elles ont été fermées.

Le nombre de places en hébergement traditionnel a été fortement réduit (passant de 35 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus en 2001 à 19 lits en 2006), mais, en contrepartie de ce mouvement, le Danemark s'est engagé dans la création de nouvelles solutions de logement pour les personnes âgées. Les soins à domicile et les alternatives à l'hébergement (telles que résidences et des solutions de logements pour les seniors) ont été développés. Il faut donc bien comprendre que le « virage domiciliaire » au Danemark constitue plus une transformation de l'offre par rapport à un modèle unique d'établissement, qu'une politique uniquement centrée sur le maintien au domicile « historique » de la personne.

2- Une politique décentralisée, mise en œuvre par les 98 municipalités danoises

Le système de soins de longue durée (SLD) pour les personnes âgées et les personnes handicapées (y compris les services d'aide à domicile) est un système universel ou, en principe, tout individu a accès à la même quantité et qualité de services (quels que soient ses revenus, moyens...). L'État dresse le cadrage de la prise en charge (budget et réglementation) et sa mise en œuvre est assurée par les 98 municipalités danoises (qui décident de l'allocation des ressources qui leur ont été affectés)

Cette organisation décentralisée présente l'avantage d'être unifiée, simplifiant ainsi les aspects de coordination nécessaires à la prise en charge des soins, des aides à la vie quotidienne, des aides techniques, de la réhabilitation (cf. *infra*), la municipalité étant le point de contact pour la personne dépendante en ce qui concerne les services qui lui sont fournis. En revanche, il est probable que cette organisation puisse se traduire par des inégalités territoriales en termes d'intensité de la prise en charge. Interrogée à ce sujet en entretien, la représentante de l'ambassade du Danemark en France n'a pas démenti ce risque.

Par ailleurs, les communes danoises sont responsables de l'organisation des sorties d'hôpital. Si le patient doit prolonger son séjour faute de solution adaptée à sa prise en charge au retour à domicile ou parce qu'il y a un délai d'attente, c'est la commune qui prend à sa charge les journées d'hospitalisation supplémentaires.

Enfin les municipalités sont aussi en charge des mesures qui visent à maintenir les personnes le plus longtemps possible à leur domicile. En fonction de leur âge et de leur éventuel isolement, les personnes âgées se voient offrir une visite préventive dans le but d'analyser les difficultés fonctionnelles, psychologiques, médicales et sociales auxquelles elles sont soumises. Cette visite devient légalement obligatoire lorsque la personne âgée atteint 80 ans.

3- Un modèle de coordination professionnalisé *via* les *care assessors* et les *care managers*

Au Danemark, pour assurer la coordination des soins, deux types de professionnels se relaient pour évaluer les aides nécessaires d'une part, et coordonner les soins d'autre part.

- Le *care assessor* : il coordonne les équipes médico-sociales chargées d'évaluer la perte d'autonomie et participe à l'élaboration du plan d'aide (rôle proche des équipes en charge de la construction d'un plan d'aide APA en France). Le *care assessor* est un employé de la municipalité qui ne peut accéder à cette fonction que s'il remplit des conditions d'ancienneté et de spécialisation médico-sociale (puisqu'il doit avoir travaillé entre 3 et 7 ans dans le soutien à domicile des personnes âgées) ;
- Le *care manager* : il s'agit d'un travailleur social employé par les municipalités, dont le rôle est double : d'une part, il suit le parcours des personnes âgées dans le double but de leur permettre de s'adapter à l'évolution de leur dépendance et leur faire regagner de l'autonomie ; d'autre part, il est en charge de la coordination des intervenants au domicile.

Ce réseau de coordinateurs assure une interface unique avec les personnes et leurs familles quant à la prise en charge de la personne dépendante.

4- La prévention en amont de l'entrée dans le système de soins de longue durée *via* l'expérience de Fredericia

La pratique du stage de « réhabilitation » expérimentée en 2008 dans la commune de Fredericia s'est largement répandue dans les municipalités danoises.

Le principe de la « réhabilitation » est d'agir en amont, ou en tout début de perte d'autonomie. Son objectif est de réduire les coûts de prise en charge en agissant avant qu'une dépendance forte ne se déclare d'une part et d'autre part de permettre aux personnes âgées de rester plus longtemps en autonomie à domicile.

Dans les faits, lorsqu'une personne demande une aide à domicile, la municipalité propose un programme de réhabilitation avant d'évaluer le besoin d'aide à domicile. Ce programme de rééducation vise à prévenir la perte de la capacité fonctionnelle en réduisant les risques de pertes de fonctions physiques de la personne âgée. Le but de la réhabilitation est de rendre les citoyens plus autonomes et de leur donner un plus grand sentiment d'indépendance dans la vie quotidienne. Le programme contient un entraînement physique, un examen des médicaments, une intervention nutritionnelle, un entraînement aux activités de la vie quotidienne, des aides physiques, des modifications de l'environnement et des mesures visant à lutter contre la solitude.

Annexe n° 5 : comparaison des coûts publics entre domicile, Ssiad et Ehpad – méthodologie

Estimation des coûts consacrés à une place pour une personne dépendante au sens de l'APA (GIR 1 à 4²⁰⁴) à domicile et en Ehpad

Les sources mobilisées sont l'effort national de solidarité pour l'autonomie (Ensa) pour les personnes âgées (annexé au PLFSS), les comptes de la santé de la Drees, des éclairages publiés dans les commissions des comptes de la sécurité sociale (CCSS), les séries de la Drees sur les bénéficiaires et le coût de l'APA, et le système national des données de santé (SNDS) pour les actes infirmiers de soins (AIS) pour personnes de 75 ans et plus. Les données sont sur 2019 (sauf la dotation en soins des Ssiad personnes âgées sur 2018, dernière donnée publiée).

Les données appliquées sont les suivantes :

- Pour les personnes à domicile : les dépenses d'APA à domicile, la dotation soins des Ssiad-Spasad, les dépenses de ville d'actes infirmiers de soins pour les personnes de 75 ans et plus (actes de *nursing* qui s'adressent quasi-exclusivement aux personnes âgées dépendantes²⁰⁵), les exonérations de cotisations sociales et les réductions et crédits d'impôt pour emploi à domicile pour personnes fragiles ;
- Pour les résidents en Ehpad : les dépenses d'APA en établissements, la dotation soins des Ehpad, les dépenses publiques de couverture des frais d'hébergement (Aide sociale à l'hébergement -ou ASH- essentiellement), les réductions et crédits d'impôt au titre des dépenses de dépendance et d'hébergement.

²⁰⁴ Effectuer une comparaison de coût à la place suppose d'avoir des dénominateurs cohérents entre EHPAD et domicile. Dès lors, il convient de s'en tenir pour le domicile aux personnes bénéficiaires de l'APA (donc de GIR 1 à 4) pour lesquelles le nombre est connu. Étendre la comparaison aux personnes dépendantes non bénéficiaires de l'APA (soit parce que de de GIR 5 et 6, soit parce qu'elles n'ont pas eu recours à l'APA) serait compliqué, le nombre de personnes n'étant par construction pas connu. Par suite, la comparaison EHPAD / Ssiad est elle aussi ramenée aux personnes en GIR 1 à 4 par souci de simplification et de lisibilité des chiffres.

²⁰⁵ Cf. Annexe 10 du PLFSS 2021 – Définitions de l'Ensa (page 30)

Tableau n° 7 : récapitulatif des données prises en compte

Sources	Domicile		Ehpad	
	Dépenses	Md€	Dépenses	Md€
<i>Données Drees 2019 – APA bénéficiaires et dépenses.</i>	APA domicile	3,63	APA Ehpad	2,47
<i>Ssiad : comptes de la santé 2018 (1) / Ehpad : Ensa Personnes âgées et CCSS juin 2020 sur GIR 1 à 4 (2)</i>	Forfaits soins Ssiad	1,62	Forfaits soins Ehpad	7,6
<i>SNDS – dépenses d’AIS (personnes >= 75 ans) (3)</i>	Actes infirmiers de soins à domicile	2,13	---	---
<i>Source Ensa aides à l’hébergement : sur GIR 1 à 4 (4)</i>	---	---	Coût hébergement (ASH)	1,04
<i>Ensa et éclairage CCSS de septembre 2019</i>	Exo. cotis. emplois à domicile (particuliers fragiles)	0,6	---	---
<i>Programme 157 sur CI-RI hébergement / estimation pour les CI-RI sur restes à charge à domicile (5)</i>	Réductions et crédits d’impôts	0,45	Réductions et crédits d’impôts	0,4
---	Total domicile	8,4	Total Ehpad	11,5
<i>Bénéficiaires de l’APA à domicile (sur GIR 1 à 4) Personnes en Ehpad (sur les GIR 1 à 4)</i>	734 835		546 966	
<i>COÛT UNITAIRE ESTIME en €... ...arrondi à...</i>	---	10 742 10 700		21 052 21 000

Source : Cour des comptes.

Notes : Les comptes de la santé 2018 présente les dépenses de Ssiad-PA pour 1,68 Md€. Ces données couvrent l’ensemble des personnes en Ssiad (même quand elles ne sont pas dépendantes au sens administratif, et qu’elles ne touchent pas l’APA car sont en GIR 5 et 6. Le montant doit donc être légèrement réduit (au prorata du nombre de personnes de GIR 5 et 6 en Ssiad-PA, soit une réfaction de 3 %)

L’éclairage de la CCSS de juin 2020 annonce une dépense de 7,9 Md€. Toutefois, celle-ci contient aussi les GIR 5 à 6. Le montant à retirer est estimé à environ 0,3 Md€ à ce titre, et correspond à la part d’Ondam comprises dans les dépenses publiques de prévention et de fragilité des personnes âgées (encadré 12 du REPSS autonomie), qui couvrent les dépenses d’assurance maladie pour les personnes de GIR 5 et 6 de l’OGD hors Ssiad.

Ce montant est un peu supérieur à celui de l’Ensa qui estime les dépenses d’AIS qui doivent être affectés aux dépenses personnes âgées à domicile, sur les personnes de 80 ans et plus et non sur celles de 75 ans et plus. La différence est assez minime puisque l’Ensa aboutit à 2,0 Md€ (contre 2,13 ici). La Cour conserve le choix des personnes de 75 ans et plus, notamment parce que cette barrière d’âge est celle utilisée par la CNSA pour calculer les nombre d’actes AIS, mais aussi ses taux d’équipement.

Pour les aides publiques à l’hébergement aussi, l’Ensa se centre sur les seules dépenses au titre des GIR 1 à 4. La ligne « Frais de séjour pour personnes âgées (hors APA y.c. ASH) » ne tient pas compte des 0,2 Md€ inscrits dans les dépenses publiques de prévention et de fragilité des personnes âgées (qui sont les frais de séjour couverts pour des personnes en établissements en GIR 5 et 6).

Pour mémoire, 50 % des dépenses restant à la charge des bénéficiaires de l’APA à domicile peuvent, dans la limite d’un plafond annuel être déduits de l’IR. Selon la Drees (dans son dossier de 2016 « Dépendance des personnes âgées - Qui paie quoi ? – L’apport du modèle Autonomix »), ce RAC moyen pourrait être d’environ 80 euros par mois et générerait une réduction d’impôt de plus de 400M€.

L'écart résulte principalement d'une répartition des coûts sur un nombre plus élevé de personnes soutenues à domicile qu'en Ehpad ; il s'explique également par une dépense moins élevée en soins, de nombreux bénéficiaires de l'APA ne bénéficiant pas de soins infirmiers à domicile. Le périmètre retenu, ne dit rien, en revanche, sur les autres soins, médicaux et paramédicaux, effectués dans le secteur de la médecine de ville ou dans les établissements hospitaliers.

Estimation des coûts consacrés à une place pour une personne dépendante au sens de l'APA (GIR 1 à 4) en Ssiad-PA et en Ehpad

Les principales sources mobilisées sont les mêmes que dans le tableau précédent, mais elles sont ré estimées pour les seules personnes relevant d'un Ssiad-PA. Deux aménagements sont nécessaires par rapport à la comparaison sur l'ensemble des personnes à domicile :

D'une part, il convient d'estimer le prorata de dépenses d'APA, d'exonérations de cotisations et de réduction d'impôt à domicile qui peut s'imputer sur les personnes en Ssiad. À cet égard, il s'agit de redresser la part des personnes en Ssiad parmi les personnes à domicile (15 %) en mobilisant les plans d'aide APA moyen par GIR²⁰⁶, dans la mesure où les proportions par GIR ne sont pas les mêmes entre domicile et Ssiad (voir tableau ci-dessous). Le prorata ainsi recalculé est supérieur d'environ 20 % à celui d'un calcul uniquement proportionnel au nombre de places, ce qui amène à une part de 19 % des dépenses APA en Ssiad (au lieu d'une proportion de 15,6 % sur le nombre de places). Il est appliqué aux dépenses d'APA, et par convention aux crédits d'impôts et aux exonérations de cotisations.

Tableau n° 8 : répartition des personnes âgées dépendantes selon le type de service

<i>Part des personnes en...</i>	À domicile	En Ssiad (tableau de bord Anap)	En Ssiad (enquête Drees de 2008)
<i>GIR 1</i>	2 %	8 %	7 %
<i>GIR 2</i>	17 %	31 %	31 %
<i>GIR 3</i>	22 %	26 %	27 %
<i>GIR 4</i>	58 %	32 %	30 %
<i>GIR 5 et 6</i>	0 %	3 %	5 %

Source : Drees, Cour des comptes.

D'autre part, on ne retient pas les dépenses d' AIS pour les personnes en Ssiad (cf. *supra*), dans la mesure où ces dépenses lorsqu'elles sont effectuées par des infirmières pour des personnes en Ssiad s'imputent sur la dotation en soins (de plus la répartition géographique des AIS montre qu'ils interviennent dans des départements peu dotés en services).

Pour le reste, les modes de calculs sont les mêmes qu'expliqué plus haut (par construction le coût à la place en Ehpad est inchangé).

²⁰⁶ Source : Etudes et Résultats de juin 2020 sur les niveaux moyens des plans d'aide à domicile en 2017.

Tableau n° 9 : synthèse des dépenses par type de prise en charge

Sources	Ssiad-PA		Ehpad	
	Dépenses	Md€	Dépenses	Md€
<i>Données Drees 2019 – APA bénéficiaires et dépenses.</i>	APA (au prorata Ssiad)	0,70	APA Ehpad	2,47
<i>Ssiad : comptes de la santé 2018 / Ehpad : Ensa Personnes âgées et CCSS juin 2020 sur GIR 1 à 4</i>	Forfaits soins Ssiad	1,62	Forfaits soins Ehpad	7,6
<i>Dépenses d’AIS soins de ville non prises en compte dans le coûts Ssiad, puisqu’en soins de ville</i>	Actes infirmiers de soins à domicile	0,0	---	---
<i>Source Ensa aides à l’hébergement : sur GIR 1 à 4 (4)</i>	---	---	Coût hébergement (ASH)	1,04
<i>Ensa et éclairage CCSS de septembre 2019</i>	Exo. cotis. emplois à domicile (particuliers fragiles) – au prorata Ssiad	0,12	---	---
<i>Programme 157 sur CI-RI hébergement / estimation pour les CI-RI sur restes à charge à domicile (5)</i>	Réductions et crédits d’impôts (au prorata Ssiad)	0,09	Réductions et crédits d’impôts	0,4
---	Total domicile	2,5	Total Ehpad	11,5
<i>Bénéficiaires de l’APA à domicile (sur GIR 1 à 4)</i>	122 810		546 966	
<i>Personnes en Ehpad (sur les GIR 1 à 4)</i>				
<i>Cout unitaire estimé en €... ...arrondi à...</i>	---	20 592 20 600		21 052 21 000

Source : Cour des comptes.

Comparaisons de ces estimations avec celles publiées dans la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2021

L'éclairage 3.7 de la CCSS de septembre 2021²⁰⁷, présente un exercice de comparaison des coûts publics moyens entre Ehpad et domicile. Cet exercice est par ailleurs étendu par une estimation de ces coûts respectifs par GIR.

Sur les coûts moyens (pour l'ensemble des GIR 1 à 4), les estimations publiées dans la CCSS sont proches de celles de la Cour avec respectivement 11 700 euros à domicile et 22 600 euros en Ehpad²⁰⁸ (contre 10 700 et 21 000 pour la Cour). Les écarts tiennent aux différences de conventions détaillées ci-dessous.

Pour le domicile :

- sur les actes infirmiers de soins : la Cour a retenu les dépenses des personnes âgées de 75 ans et plus, alors que dans la CCSS, les dépenses retenues sont celles des personnes de 80 ans et plus : cette différence induit un léger surplus du coût pour l'estimation de la Cour des Comptes ;
- en revanche, l'étude de la CCSS intègre aussi les actes de masseurs-kinésithérapeutes (AMK), les actes d'orthophonie et de psychiatrie (qui n'ont pas été retenues par la Cour) : cette différence de convention tire à la hausse les dépenses moyennes à domicile estimées dans la CCSS par rapport à la Cour, et explique l'essentiel de l'écart entre les deux estimations.

Pour les Ehpad :

- la DSS dans son étude pour la CCSS a intégré les aides aux logements (cette convention a été prise dans la mesure où l'éclairage de la CCSS entendait observer non seulement les financements publics, mais aussi les restes à charge des personnes) : cette différence de convention explique en majeure partie le surplus de dépenses moyenne estimée par la CCSS relativement à l'estimation de la Cour ;
- de plus, la dotation soins Ehpad estimée par la DSS pour l'éclairage CCSS est un peu supérieure à celle du REPSS 2021 qu'a retenue la Cour ;

Par ailleurs, l'estimation des coûts publics par GIR dans l'éclairage de la CCSS montre que les coûts publics à la place sont supérieurs à domicile en GIR1 et assez proches entre domicile et Ehpad en GIR2, alors qu'ils sont plus faibles à domicile qu'en établissement pour les GIR plus légers (3 et 4).

Tableau n° 10 : estimations des coûts publics à la place par GIR (Ehpad et tout domicile) dans l'éclairage 3-7 de la CCSS de septembre 2021

<i>Coûts publics (coûts moyens annuels à la place (en euros))</i>	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4
<i>Domicile</i>	31 800	21 400	14 000	7 100
<i>Ehpad</i>	27 700	25 100	20 300	16 400

Source : CCSS, septembre 2021.

²⁰⁷ Voir CCSS de septembre 2021, Éclairage 3.7 « Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence » ; pages 144 à 147.

²⁰⁸ Voir CCSS (op. cit.) : page 147 – graphique n°5.

Ces résultats par GIR confortent l'estimation réalisée *supra* par la Cour d'une proximité des coûts publics moyen entre Ssiad et Ehpad, dans la mesure où les Ssiad accompagnent d'autant plus les personnes à domicile que leur perte d'autonomie est sévère.

Quel impact sur les coûts à la place du Ségur en Ehpad et des revalorisations de la BAD ainsi que d'une Sécurisation complète des personnels des Ssiad ?

Les revalorisations déjà actées ou en cours (sur les services à domicile) pourraient un peu creuser l'écart entre Ehpad et Ssiad personnes âgées, la place en Ehpad passant à 25 000 euros, contre 22 500 euros pour le coût public d'une place en Ssiad-PA (soit une différence de 2 500 euros la place) :

- côté Ehpad, le volet public et privé du Ségur a eu un coût estimé à 2,1 Md€, dont l'impact sur les coûts publics à la place pourrait être de 4 000 euros environ (en euros constants) portant le coût public d'une place en Ehpad à 25 000 euros
- En parallèle, la signature de l'agrément de la branche de l'aide à domicile (BAD) pourrait avoir un coût compris entre 400 M€ et 600 M€ (la ministre déléguée à l'autonomie a indiqué que la hausse des concours de l'État aux départements à hauteur de 200M€ adopté lors de la discussion du PLFSS pour 2021 viendrait couvrir la moitié de la revalorisation des grilles statutaires). Ce coût qui porterait sur le domicile dans son ensemble pourrait être appliqué aux Ssiad à hauteur du prorata calculé pour l'APA, soit un effet de 100 M€. En outre, une Sécurisation de l'ensemble des personnels des Ssiad pourrait induire un coût de l'ordre de 150 M€ environ (en appliquant le CTI de 183 euros nets par mois un effectif estimé à 32 000 ETP dans le secteur PA). Les deux revalorisations cumulées auraient un impact sur les coûts publics qui serait de l'ordre de 1 900 euros la place de Ssiad-PA la portant à 22 500 euros la place.

Tableau n° 11 : synthèse des estimations des coûts publics à la place avant et après Ségur (Ehpad, Ssiad et tout domicile)

<i>Coûts publics annuels à la place (en euros) (cf. supra)</i>	Ehpad	Ssiad	Tout domicile
<i>Avant Ségur et autres revalorisations</i>	21 000	20 600	10 700
<i>Après Ségur et autres revalorisations</i>	25 000	22 500	11 500

Source : Cour des Comptes.

Annexe n° 6 : estimation des besoins à horizon 2030 en places de Ssiad-Spasad et estimation du surplus potentiel de dépenses d’AIS (à pratique actuelle inchangée)

Les places en Ssiad-Spasad

Pour estimer les besoins en places de Ssiad-Spasad de manière cohérente avec les projections démographiques et d’ESVI de l’Insee et en respectant l’hypothèse centrale du modèle Livia de poursuite des pratiques actuelles d’orientation des personnes dépendantes, il convient de calculer le nombre de places nécessaires en 2030 pour assurer le maintien à leur niveau de 2019 d’indicateurs représentatifs des équipements en Ssiad-Spasad. Ce postulat peut déboucher sur des besoins assez différents selon les indicateurs de suivi de l’équipement en places pour personnes âgées que l’on choisit. Ainsi certains indicateurs rapportent l’équipement en places à la population âgée totale, d’autres à la population des personnes âgées en perte d’autonomie, ou parfois aux personnes dépendantes percevant l’APA.

Des indicateurs sur la population âgée totale

L’indicateur de la CNSA dit « taux d’équipement », rapporte le nombre de places en Ssiad (ou en Ehpad), à l’ensemble de la population de 75 ans et plus. Avec un peu plus de 126 800 places de Ssiad-Spasad (France entière), le taux d’équipement au sens de la CNSA s’élève à fin 2019 s’élève à 20 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Le respect de ce taux suppose que le nombre de places évolue comme le dénominateur de l’indicateur, soit une hausse de plus de 38 % entre 2019 et 2030, ou encore de 48 600 places nouvelles. L’application de cet indicateur supposerait une hausse de 230 000 places pour les Ehpad. Le niveau des besoins estimés montre les limites de cet indicateur dans le contexte d’arrivée aux âges élevés des personnes appartenant aux générations du baby-boom (personnes qui ne seront pas toutes atteintes par la perte d’autonomie).

L’application du taux d’équipement tel que calculé par la CNSA, mais rapporté à la population de 60 ans et plus (et non 75 ans et plus) réduit l’estimation des besoins, dans la mesure où la hausse de cette catégorie de personnes dans les projections de l’Insee est moins forte. Selon cette indicateur, le taux d’équipement en Ssiad-Spasad est en 2019 de 7,1 places pour 1 000 habitants de 60 ans et plus. Son maintien à horizon 2030 supposerait la création d’un peu plus de 24 200 places, soit une hausse de 19,1 % par rapport à 2019. Pour les Ehpad, le maintien du taux d’équipement nécessiterait 114 800 créations de places.

Des indicateurs évaluant les efforts en termes de places d’ESMS par référence au nombre de personnes dépendantes apparaissent plus pertinents, dans la mesure où ils intègrent les estimations de prévalence de la perte d’autonomie, même si ces dernières sont nécessairement fragiles.

Calculé sur les personnes dépendantes de 75 ans et plus, le taux d’équipement en Ssiad-Spasad fin 2019 s’élève 92,5 places pour 1 000 personnes dépendantes de 75 ans et plus. Son maintien en 2030 supposerait la création de 34 300 places, soit une hausse de 27 % et 106 900 places en Ehpad ;

Sur une population élargie aux 60 ans et plus, le maintien du taux d'équipement 2019 (61,9 places pour 1 000 personnes dépendantes de 60 ans et plus) à l'horizon 2030 nécessiterait la création de 24 950 places de Ssiad-Spasad (soit +19,7 %) et de 95 100 en Ehpad. Comme précédemment, le fait de l'élargir aux 60 ans et plus réduit les besoins, du fait d'un moindre dynamisme du dénominateur.

On peut, par ailleurs, introduire une contrainte supplémentaire de maintien du taux d'institutionnalisation au sein des ESMS, en conservant le partage des personnes prises en charge respectivement en Ehpad et en Ssiad, hypothèse de travail un peu différente de celle posée par le modèle Livia²⁰⁹. Dans ce cas, après avoir maintenu globalement les taux d'équipement Ssiad-Spasad et Ehpad, on redistribue les places afin que les proportions entre les deux structures restent inchangées par rapport à 2019 (globalement 17,5 % de places en Ssiad-Spasad et 82,5 % en Ehpad).

Dans le cas où l'on se place sur la population des personnes de 75 ans et plus, le besoin de places en Ssiad-Spasad est ramené à 24 600 places, et celui des Ehpad serait d'environ 116 600 places ;

Si on élargit la référence aux personnes dépendantes de 60 ans et plus, la contrainte amène à réduire le nombre nécessaire de places en Ssiad-Spasad à 20 900 places (le besoin en Ehpad serait de 99 100 places).

Retenir le taux d'équipement des personnes dépendantes de 75 ans et plus avec la contrainte d'un maintien du partage des places de places en proportion entre Ssiad et Ehpad au niveau de 2019, débouche sur un besoin de l'ordre de 25 000 places en Ssiad (cohérent avec un besoin en Ehpad proche des 108 000 places annoncées par le modèle Livia).

²⁰⁹ Dans ses différentes projections issues de Livia, la Drees impose dans son scénario principal un maintien des pratiques actuelles en ce qui concerne la proportion de personnes affectées en Ehpad, ce qui revient à « figer » le partage des affectations des nouvelles personnes dépendantes entre Ehpad / résidences autonomes / vie à domicile. Il est à noter que cette contrainte s'applique à un niveau fin (sexe, âge, GIR, département) de sorte que certains effets de structure font que le partage entre les structures est légèrement modifié au plan national. Mais en revanche, la Drees ne raisonne pas en termes de places en Ssiad-Spasad pour les personnes à domicile.

**Tableau n° 12 : récapitulatif des estimations de besoins en Ssiad (et Ehpad)
selon les projections Livia et les indicateurs d'équipement retenus**

<i>Nombre de places pour maintenir en 2030 à son niveau de 2019 :</i>	Ssiad	Evolution / 2019	Ehpad	Evolution / 2019
<i>Le taux d'équipement calculé actuellement par la CNSA (sur population 75 ans et plus)</i>	48 600	38,4%	230 300	38,4%
<i>Le taux d'équipement type CNSA mais sur population de 60 ans et plus</i>	24 200	19,1%	114 800	19,1%
<i>Le taux d'équipement calculé sur personnes dépendantes uniquement (personnes de 75 ans et plus)</i>	34 300	27,1%	106 900	17,8%
<i>Le taux d'équipement calculé sur personnes dépendantes uniquement (personnes de 75 ans et plus) – Avec maintien du partage en % entre Ssiad et Ehpad à son niveau 2019</i>	24 600	19,4%	116 600	19,4%
<i>Le taux d'équipement calculé sur personnes dépendantes uniquement (personnes de 60 ans et plus)</i>	24 950	19,7%	95 100	15,8%
<i>Le taux d'équipement calculé sur personnes dépendantes uniquement (personnes de 60 ans et plus) – Avec maintien du partage en % entre Ssiad et Ehpad à son niveau 2019</i>	20 900	16,5%	99 100	16,5%

Source : Données Drees, Cour des comptes.

La mesure de l'effort diffère significativement selon l'indicateur de pilotage de la politique publique choisi. À cet égard, il apparaît nécessaire afin de mieux rationaliser ces indicateurs.

Le taux d'équipement de la CNSA pour les ESMS personnes âgées n'est plus adapté à la période qui s'ouvre, en n'intégrant pas la prévalence de la perte d'autonomie dans son mode de calcul. Reflétant exclusivement la démographie des personnes de 75 ans et plus, il ne peut que décroître et n'avoir que peu d'intérêt pour le suivi de la politique d'offre des ESMS (d'autant qu'il va s'avérer peu représentatif des besoins) ;

Les indicateurs d'équipement devraient se référer à la population en position de dépendance, afin d'intégrer la prévalence de la perte d'autonomie à âge donné ;

Ce type d'objectif pourrait au surplus être mixé avec un indicateur d'institutionnalisation, ou à l'inverse de domiciliation.

Le surplus potentiel de dépenses d'actes infirmiers de soins (ASI) à pratique actuelle inchangée (i.e. sans mise en œuvre d'une régulation territorialisée)

Les dépenses d'ASI, pour les personnes âgées de 75 ans et plus, s'élèvent à fin 2019 à 2,1 Md€ sur le champ de la France métropolitaine (source SNDS – extraction Cour des Comptes).

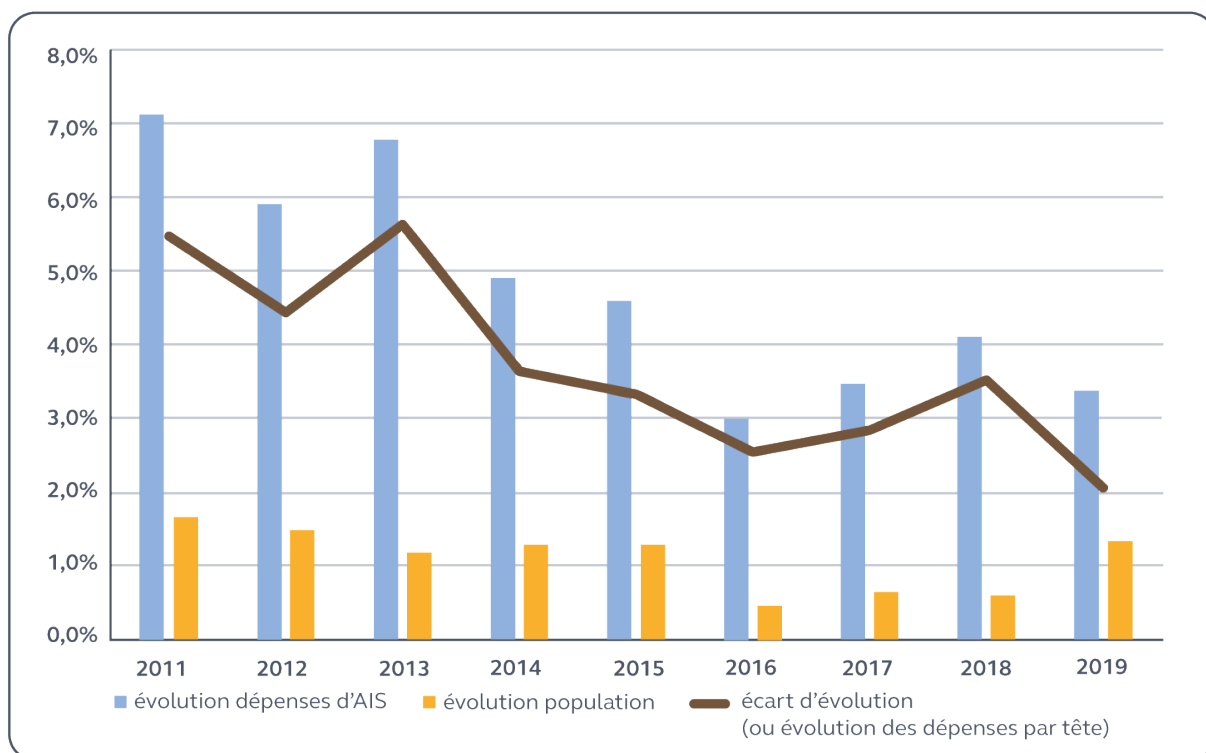
Effet de la démographie

Selon les projections de l'Insee utilisées par le modèle Livia (et dans l'hypothèse centrale de gains d'espérance de vie), le nombre de personnes de 75 ans et plus croîtrait de 38,4 % (champ France métropolitaine). Une application de ce taux à l'ensemble de la dépense métropolitaine de 2019, induit une hausse des dépenses d'AIS de 816 M€ (aux prix de 2019). En se basant sur les projections des personnes dépendantes de 75 ans et plus, la croissance est ramenée à 31,5 %, soit une hausse des dépenses d'AIS de 670 M€ (aux prix de 2019).

Impact du surplus de croissance des dépenses relativement à la seule démographie

La prise en compte du seul effet de hausse du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus à horizon 2030 pourrait s'avérer insuffisante dans la mesure où la croissance des dépenses d'AIS a continument été supérieure à celle de la population considérée.

Graphique n° 13 : évolution comparée de la population de 75 ans et plus et des dépenses d'AIS



Source : Insee, SNDS, calculs Cour des comptes.

À cet égard, il est nécessaire de choisir parmi plusieurs hypothèses pour intégrer un effet de cette dynamique supplémentaire au seul effet démographique dans l'estimation de la hausse des dépenses d'AIS à horizon 2030, et ce d'autant plus que la différence de dynamique entre la population des 75 ans et plus et les dépenses tend à se réduire sur les dernières années (cf. graphique *supra*).

Par convention, on retient deux hypothèses :

- l'une de prolongation sur la période 2020-2030 du dernier écart de dynamique constaté (soit environ 2 % de taux de croissance additionnel : cette hypothèse aboutit à ajouter à l'effet démographique une hausse à horizon 2030 de 24,3 %, soit un surplus de dépenses de 517 M€) ;
- l'autre de prolongation de la réduction de l'écart de croissance, limité à zéro (i.e. : cette hypothèse considère que l'écart ne peut pas devenir négatif) : cette seconde hypothèse débouche sur un impact bien moindre en termes de dépenses, avec un effet sur 10 ans limité à 4,5 % de hausse, soit un surplus de dépenses de 95 millions d'euros en 2030 ;

Estimation globale de la hausse potentielle des dépenses d'AIS à horizon 2030, sans mise en œuvre d'une régulation territorialisée de ces dépenses :

Dans une version haute (projections sur la population des personnes de 75 ans plus et conservation du dernier écart de croissance entre les dépenses et la population, elle atteindrait 1 334 M€. La dépense d'AIS en 2030 serait de l'ordre de 3,5 Md€ (3 459 M€).

Dans une version basse (projection sur la population des personnes dépendantes de 75 ans et plus et réduction progressive de l'écart de dynamique entre dépenses et population), son niveau serait de 765 M€, de sorte que les dépenses d'AIS atteindraient environ 2,9 Md€ en 2030 (2 890 M€).

Annexe n° 7 : réponses aux questionnaires transmis aux fédérations

La Cour a mené une série d'entretiens avec les fédérations et représentants des services de soins à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. À la suite de ces entretiens, il a été proposé aux fédérations de transmettre à leurs membres un questionnaire individualisé par type de service (Ssiad, Sessad, Samsah) afin de collecter un certain nombre de remarques, revendications et satisfactions de ces services et de leurs personnels sur diverses thématiques.

Outre les généralités demandées pour chaque service (nom du service, organisme gestionnaire, date de la première autorisation, date de l'autorisation la plus récente, nombre de places autorisées par public, nombre de places installées par public), les questions posées visaient à faire émerger des problématiques spécifiques pour chaque type de service.

Pour les services de type Ssiad, il était demandé de communiquer les informations concernant les bénéficiaires, tels que le GIR moyen pondéré pour 2019 et sa fréquence d'actualisation, le pourcentage de GIR 1 et 2, la durée moyenne de prise en charge en 2019, le pourcentage d'usagers pris en charge au moins une fois par jour (y compris le week-end), le temps moyen de prise en charge par GIR, l'évolution de la patientèle et les raisons d'une telle démarche. Ont été également demandées des indications sur la prise en charge, à l'instar des modalités de transmission des informations sur les patients, leur fréquence pour les transmissions orales, les outils pour les transmissions écrites et les dossiers de soins, tout comme les difficultés éventuelles et les bonnes pratiques instaurées ; mais aussi le nombre de tournées mises en œuvre en 2019 (par décomposition journalière) et les outils, bases, critères et analyses de pertinence de leur organisation ; enfin, les outils de traçabilité des interventions des soignants, les outils mis en place pour assurer la bientraitance et les modalités d'élaboration et de communication des protocoles relatifs aux interventions. Le questionnaire portait aussi sur l'organisation du service en tant que tel, notamment sur l'amplitude d'ouverture administrative et opérationnelle, le taux de couverture du territoire en 2019 et les éventuelles difficultés liées au périmètre de l'agrément et les raisons qui expliquent l'absence de couverture exhaustive, le taux d'occupation en 2019, les ETP d'IDEC et le taux d'absentéisme des personnels. Enfin, la problématique des partenariats était abordée, précisément sur les conventions signées avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux locaux, tout comme avec les praticiens libéraux intervenant dans le cadre d'un Ssiad, afin d'évaluer l'effectivité des coordinations, les difficultés rencontrées et les éventuelles bonnes pratiques.

En ce qui concerne les services de types Sessad et Samsah, une première série de questions portait sur le public accompagné, et notamment sur les autorisations (expliquer les raisons d'un écart entre places autorisées et places installées, correspondance du public accompagné avec les autorisations), sur les améliorations constatées dans les prises en charge pour les Ditep, le dossier d'évaluation de la personne par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, le parcours de la personne (entrée en urgence, file d'attente, ruptures de prise en charge). À la suite de ces premiers éléments, ont été demandées des informations sur la structuration de l'accompagnement, principalement sur l'action auprès des plus jeunes enfants accueillis et au regard des prestations dispensées par les CAMSP, sur l'action par rapport aux prises en charge réalisées par l'Éducation nationale et par l'intervention des AESH, sur les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées dans l'orientation des jeunes adultes, sur la généralisation de la fonction de référent pour chaque personne accompagnée et la nature de ses

missions, sur les prestations considérées comme nécessaires mais que les ressources ne permettent pas de couvrir, sur les relations avec la famille. Le fonctionnement du service en tant que tel est également abordé, précisément sur le nombre de jours d'ouverture et l'amplitude horaire des interventions, les modalités de traçage des interventions des personnels et de coordination des interventions internes et externes, les actions mises en œuvre pour garantir la bienveillance des personnes accompagnées lors des interventions et les partenariats noués avec l'offre de soins locale et les points positifs ou les difficultés qui en découlent. Enfin, toute observation générale estimée nécessaire et comme devant être portée à l'attention des rapporteurs concernant l'activité et le fonctionnement du service, de son environnement, de son financement et des relations avec les ARS et les conseils départementaux, tout comme les éventuelles recommandations eu égard à ces problématiques.

Liste des services sollicités

Les services qui ont été sollicités et qui ont répondu aux questionnaires sont les suivants : Ssiad du CCAS de Rennes, Ssiad du Trident, Ssiad de Clisson, Ssiad de Cambrai, Ssiad ADMR Marne, Ssiad Delta Lille, Ssiad Audruicq – PH, Nielles-les-Bléquin - Ssiad PA, Locon - Ssiad PA, St-Pol & Heuchin Ssiad PA, Vimy et Environs Ssiad PH&PA, Frévent - Ssiad PH&PA, Aubigny - Ssiad PA, Ssiad des Cantons Rioz Montboaoon, Ssiad Gaillacois, Ssiad de Corlay, Ssiad Bievre Liers, Ssiad Santé Gers, Ssiad Montagne et Sidobre, Ssiad du pays de Dol, Ssiad SMAD, Ssiad du Loiret, Ssiad du Royans aux Coteaux, Ssiad Corps Valbonnais, Ssiad de Dampierre-sur-Salon, Ssiad ESA ASSIEL, Ssiad CCAS de Valenciennes, Ssiad Saint Laurent de Chamousset, Ssiad Dauphine Bugey, Ssiad des Terres froides, Ssiad de Lomme, Ssiad Nord Dauphine, Ssiad Saint-Etienne de Saint-Geoirs / Roybon, Ssiad des 3 rivières, Ssiad Chartreuse Valdane, Ssiad du Vic-Bilh Montanerès de Lembeye, Ssiad HANDISsiad47, Ssiad "Le soin chez soi", Ssiad SESID, Ssiad des 4 montagnes, Ssiad de l'Isle-Crémieu, Ssiad Monestier-de-Clermont/Clelles, Ssiad de l'Oisans.

Données et informations relatives aux bénéficiaires

On trouvera dans le tableau ci-dessous les données et informations à propos des patients accueillis par les services. Ont été récoltés les GIR moyen pondéré et les pourcentages de GIR 1 et 2, ainsi que leurs fréquences d'actualisation respectives, tout comme la durée moyenne de prise en charge, le pourcentage d'usagers pris en charge au moins une fois par jour et le temps moyen de prise en charge par GIR.

Évolution de la patientèle

Dans leur grande majorité, les services ne cherchent pas à attirer une nouvelle patientèle. Dans le cas contraire, il ne s'agit que de réponses apportées à des spécificités locales, qu'elles soient territoriales (ex : couverture de territoires en forte demande) ou sectorielles (ex : éviter la prise en charge tardive des personnes en situation de handicap). Le refus des services de faire évoluer positivement leur patientèle résulte d'une offre en places sous-dotée, mais aussi d'un manque de personnels pour assurer de nouvelles places. Pourtant, la majorité des services reconnaît qu'il existe une demande supérieure à l'offre. Certains services ont donc fait des demandes d'augmentation de places autorisées auprès de leur ARS.

Il arrive que certains services soient contraints de refuser de nouvelles prises en charge de soins car jugées trop coûteuses. L'argument principal qui revient pour justifier ce refus porte sur l'impossibilité de dégager des ressources budgétaires suffisantes pour prendre en charge des patients très lourds, notamment ceux souffrant de plusieurs pathologies. La dépendance des patients appelle à une plus grande coordination, un temps de présence au chevet plus long, parfois la présence de deux soignants simultanément, et une charge en actes infirmiers plus lourde. Les budgets ne sont pas extensibles malgré une dépense aléatoire en fonction des besoins et des états de santé des bénéficiaires. Un sentiment général fait état d'une plus grande dépendance des bénéficiaires, comme l'allongement des durées de prise en charge peut en attester. Les services cherchent toutefois à maintenir un certain équilibre entre patients lourdement dépendants et patients qui le sont moins, soit entre GIR 1 et GIR 4.

Certains services ne mènent aucune recherche de patientèle nouvelle pour prioriser les demandes qui rencontrent les critères d'inclusion définis dans le projet de service. On peut compter parmi ces critères : le retour de personnes déjà suivies par le service après une période d'hospitalisation ou de séjour temporaire ; les sorties d'hospitalisation sans aide préexistante ; les demandes de l'HAD pour accompagnement conjoint d'une personne hospitalisée et souhaitant un retour à domicile ; les situations d'urgence à domicile où l'intervention du Ssiad pourrait permettre d'éviter l'hospitalisation ; les situations d'épuisement de l'aidant ; les situations d'isolement et d'absences d'autres intervenants. Les services qui ont vu leur nombre de places augmenter ont pu les remplir rapidement ces dernières années. Dans la majeure partie des cas, toutes les places autorisées sont allouées et il existe une file d'attente.

Modalités de transmission des informations

La quasi-totalité des services organise des temps de transmissions. Les transmissions peuvent être orales, généralement à rythme hebdomadaire, mais sont souvent insuffisantes en raison du peu de temps dont disposent les soignants pour les assurer, d'où l'impossibilité de garantir un temps d'expression pour tous. Les équipes sont régulièrement amenées à tenir des réunions de synthèse des besoins du patient, afin d'élaborer de concert le projet de vie adéquat. Ces réunions permettent aussi de faire remonter des informations, d'inciter les professionnels à être attentifs aux détails, aux modifications de toute prise en charge. Elles permettent une plus grande coordination entre tous les acteurs. Des transmissions téléphoniques, voire des demandes de retour au bureau, sont parfois nécessaires, pour des cas particuliers.

En ce qui concerne les transmissions écrites, elles sont directement renseignées par les soignants après une intervention *via* des outils numériques à transmission journalière, à l'instar d'un logiciel, d'une tablette numérique ou d'un smartphone, le tout lié à des ordinateurs au bureau du service. Les informations générales (ordonnances du médecin, renseignements médicaux envoyés par le médecin, documents réglementaires) sur le patient sont conservées sous forme papier. Une fiche de transmissions, sur laquelle sont notifiés l'identité, le trajet et les besoins du patient, est donnée à chaque aide-soignant pour tout nouveau patient. Certains services ont mis en place des boîtiers de télégestion mobile, permettant à chaque soignant de badger une fois arrivé chez le patient, d'inscrire les kilomètres parcourus, les transmissions nécessaires, les soins effectués, l'heure de départ, etc., le tout étant directement consultable au bureau.

Base, outils et critères de l'organisation des tournées et traçabilité des interventions

Pour la grande majorité des services, les tournées sont organisées en fonction des besoins des bénéficiaires, du secteur géographique, des horaires du soignant et du bénéficiaire, de la régularité pour le bénéficiaire ou le soignant, de la cohérence avec le reste de la tournée, de l'accès au logement, du mode de transport du soignant, etc. La tournée est généralement définie à rythme hebdomadaire pour prendre en compte les spécificités de la patientèle. Un logiciel organise les tournées et les communique à chaque soignant.

Une attention particulière est portée à l'intervention le plus proche du domicile du soignant, à la coordination avec les autres partenaires du maintien à domicile, à l'optimisation des trajets, au degré de dépendance de la personne accompagnée et au respect de ses habitudes de vie. Enfin, une analyse de la pertinence est effectuée régulièrement, principalement sur les mouvements du service (admission, sortie, hospitalisation).

Les outils de traçabilité des interventions prennent plusieurs formes. Il peut s'agir d'un badge qui permet de relever les heures d'arrivées et de départ du soignant au domicile. Un diagramme est coché directement sur les smartphones après les interventions et les transmissions écrites sont alors saisies. Le soignant peut aussi disposer d'une tablette numérique sur laquelle un logiciel métier recoupe toutes les informations de traçabilité nécessaires à la prise en charge du patient et permet de lire les transmissions des collègues préalablement intervenus. Un dossier numérique informatique interne à la structure est donc complété au chevet du bénéficiaire. Le logiciel valide chaque visite. Le dossier de soins patient, quelquefois sous forme de classeur papier, reste au domicile, afin d'être toujours disponible pour éclairer la prise en charge et garantir la continuité des soins par des transmissions ciblées. Les données sont envoyées au bureau de manière régulière (généralement autour de 30 minutes). Certains services ont mis ou sont sur le point de mettre en place la télégestion dans leurs pratiques, dont le boîtier est directement relié à l'ordinateur central du bureau.

Outils mis en place pour assurer la bientraitance modalités d'élaboration des protocoles et leur communication aux parties prenantes

La bientraitance est un sujet considéré comme central par tous les services. Elle s'appuie sur des principes d'actions et d'objectifs divers et partagés par la très grande majorité des services. Parmi ces principes et objectifs, on retrouve le respect de la dignité et de l'intégrité de la vie humaine, notamment en témoignant du respect pour toute personne, quels que soient son âge, son sexe, sa condition physique ou psychique, son appartenance culturelle ou religieuse ; en se montrant sensible aux valeurs et aux choix de chaque personne sans porter de jugement ; en refusant toute exploitation des faiblesses et des fragilités des personnes ; en respectant l'intimité physique et psychique des personnes et en évitant tout comportement pouvant être jugé comme déplacé, inhabituel ou susceptible de faire du tort. On compte également comme principes ceux de solidarité, d'équité et de justice, pour apporter des soins, de l'aide et de l'assistance à toute personne qui le nécessite ; se comporter et traiter de manière égale et juste chaque individu ; refuser de privilégier une personne au détriment d'une autre ; porter la même attention quel que soit le stade d'évolution de la maladie ; dénoncer tout comportement injuste ou préjudiciable pour la personne. La bientraitance concerne aussi le respect de l'autonomie et

de la volonté de la personne, ce qui se traduit par le fait de garder à l'esprit que, quel que soit le stade de la maladie, la personne reste capable de s'exprimer ; adapter la communication en fonction des capacités de compréhension de la personne ; aider la personne à exprimer ses besoins et ses valeurs, si nécessaire les verbaliser à sa place ; respecter les souhaits de la personne, lorsque la personne peut encore s'exprimer ; rester vigilant à toute manifestation ou signe d'opposition, lorsque sa capacité à s'exprimer s'amoindrit ; recueillir l'avis de tiers ou de l'entourage, en l'absence de communication.

La bientraitance fait donc l'objet d'une attention particulière dans les échanges entre l'entourage et les professionnels, ou sur le fonctionnement du service. De manière générale, rares sont les services à ne pas consacrer de temps d'échanges quotidien pour aborder la question de la bientraitance. Lors des réunions d'équipe, les cas qui posent problème à l'équipe sont traités de façon collégiale et des réflexions sont menées afin de se positionner en permanence dans une démarche réflexive et d'amélioration de la qualité. Une visite d'entrée permet de définir les objectifs de la prise en soins avec le patient et les aidants, complétée par une fiche d'admission pour éviter tout oubli. De surcroît, certains professionnels libéraux proposent des accompagnements spécifiques, en matière de psychologie ou d'ergothérapie par exemple. Dans ce cadre, le service sensibilise les professionnels à la communication bienveillante et programme des séances d'analyse de la pratique. C'est pourquoi, d'aucuns services incitent leurs professionnels à se suivre la formation ASG (Assistant de soins en gérontologie) ou à s'inscrire aux formations qui les intéressent proposées dans le catalogue CNFPT.

Un recueil de données et de démarches de soins par l'IDE référente à chaque nouvelle prise en soins est effectué et un classeur contenant le PSI, les ordonnances et tout document réglementaire est disponible au domicile pour informer l'entourage, les aidants et les professionnels sur la condition du patient. Les procédures reprennent les exigences réglementaires et déontologiques, ainsi que les recommandations de bonnes pratiques. La gestion documentaire est régulièrement agrémentée des dernières recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ou de l'HAS. Les protocoles sont élaborés pour la plupart en associant les aides-soignants et sont accessibles numériquement. Cependant, certains services n'ont pas de protocole pour guider les pratiques.

Amplitude d'ouverture administrative et taux d'absentéisme.

La plupart des secrétariats sont ouverts du lundi au vendredi d'environ 8h à 18h. Les soignants travaillent du lundi au dimanche d'environ 8h à 20h. Les ouvertures de services s'étendent sur autour de 250 jours pour le service administratif et 365 jours environ pour le soin. Dans leur grande majorité, les services disposent de solutions d'astreinte pour la pratique de soins le week-end.

En matière de taux d'absentéisme, il dépend des caractéristiques de chaque service et s'étend d'environ 5% à 25%. L'estimation du taux par le service et celle par l'ARS diffèrent parfois de plusieurs points.

Conventions signées avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux locaux et praticiens libéraux.

Certains services ont fait le choix de contracter des conventions avec plusieurs acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux, parfois libéraux, à l'instar des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), Clic, HAD, MARPA, Esat, Saad, Ssiad (GCSMS) pour places ESA, IDELS, réseau Coralie, réseau passerelle, équipe d'appui en adaptation et réadaptation (EAAR), CSI, ergothérapeutes libéraux, infirmiers libéraux, Maisons de l'autonomie, CCAS, Assistance sociale de conseil départemental. Il n'y a pas de convention avec l'ESPRAD mais un travail en collaboration. Les collaborations sont globalement efficaces mais nécessitent parfois des réunions de coordination, plutôt utiles, au cours des prises en charge. Néanmoins, les praticiens libéraux ne se rendent pas toujours disponibles.

La signature de la convention n'est généralement pas problématique et intervient avec tout professionnel libéral. De surcroît, un rappel est effectué pour toute existence préalable d'une convention malgré l'absence de collaboration récente. Cependant, un écueil est rapporté par de nombreux services à propos des actes AMI. En effet, certains professionnels libéraux envoient leurs actes AMI à la CPAM, ce qui engendre des difficultés pour le service, et de facto une surcharge de travail pour l'IDEC. Afin de limiter cette difficulté, l'IDEC contacte les praticiens libéraux afin de réaliser un rappel de la règle en vigueur concernant ces actes AMI des bénéficiaires d'un service. Ce rappel se fait par téléphone et par email.

Enfin, deux difficultés sont rapportées par nombre de services, à savoir l'imprévisibilité du montant des soins libéraux et l'interprétation de la nomenclature des soins pratiqués. Le montant des soins libéraux étant imprévisible sur l'année, le budget prévisionnel ne peut anticiper une telle dépense, ce qui peut par la suite poser problème en termes de soutenabilité financière du service. En ce qui concerne l'interprétation de la nomenclature des soins infirmiers, elle diffère entre les IDE libéraux et les professionnels du service, ce qui peut rendre la communication parfois difficile.

Annexe n° 8 : la crise covid et les établissements et services médico-sociaux

Pour les personnes handicapées, la fermeture de l'accueil des établissements et services a conduit certains professionnels à accompagner les personnes handicapées à leur domicile. Pour autant, les associations représentant les personnes handicapées soulignent que des établissements ont pu fermer sans mettre en place de relais dans l'accompagnement, au préjudice du développement des enfants. Aucune donnée ne permet d'appréhender l'impact de la crise covid sur les patients pris en charge en Ssiad.

Certains Ssiad contrôlés soulignent une forte baisse des hospitalisations pendant la période mars – juin 2020, mais une hausse de la part des hospitalisations dues à des symptômes d'asthénie, anorexie et amaigrissement dus à l'isolement des patients. De façon plus inquiétante, par crainte d'une contamination, les personnes âgées et leur entourage ont parfois mis fin aux prises en charge par le Ssiad.

Pour autant, il est possible de mobiliser un certain nombre d'enquêtes, dites de retour d'expériences (retex), pour caractériser quelques facteurs saillants de l'impact de la crise sanitaire sur le fonctionnement des ESMS et leur relation avec leur patientèle.

À cet égard, la présente annexe synthétise les conclusions de RETEX émanant de la CNSA, de l'HAS, ainsi que du Centre Régional d'études, d'actions d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Creai) de la région Grand Est (dans ce cas centré sur les ESMS pour personnes handicapées). Elle s'appuie aussi sur les échanges avec les fédérations de services médico-sociaux et avec les services contrôles sur leur vécu de la crise sanitaire.

Les RETEX portent globalement sur la période du premier confinement de mi-mars à mi-mai 2020, et ne constituent qu'une analyse partielle d'une crise qui s'est prolongée après la période estivale. La situation n'est pas à ce stade totalement revenue à la normale, et des évaluations et RETEX seront à nouveau nécessaires pour rendre compte de l'adaptation et des éventuels leçons tirées, comme des changements induits dans les services.

Les retours centrés sur le premier confinement donnent une première vision de l'adaptation des ESMS à une situation inédite par son ampleur et son caractère.

Des modes d'intervention bousculés qui ont cherché à maintenir un lien avec la patientèle

*Les modes d'intervention ont été bousculés et sont beaucoup passés
en mode « distanciel »*

Selon le RETEX de la CNSA, 46,2 % des ESMS répondant à l'enquête ont déclaré être restés totalement ouverts durant la période ; près de 20 % ont été totalement fermés. Ces fermetures, qu'elles aient été totales ou partielles, ont surtout concernés les structures pour enfants (sans doute en lien avec la fermeture du milieu scolaire lui-même).

Face à la situation, cinq niveaux d'intervention pour les personnes suivies ont pu être mis en exergue :

- niveau 1 : a minima un contact téléphonique ;
- niveau 2 : envoi par courriel mail de supports/matériels éducatifs ou autres ;
- niveau 3 : dépôts de supports/matériels éducatifs ou autres au domicile ;
- niveau 4 : intervention au domicile en prévention (exemple éviter l'apparition de troubles graves du comportement, / éviter l'épuisement)
- niveau 5 : intervention à domicile en curatif (exemple pour apporter un répit immédiat ; pour réguler des troubles graves du comportement).

En regard de cette structuration des interventions en contexte covid, la CNSA indique que 88% des ESMS ont mis en place au moins le premier niveau, 70 % les deux premiers niveaux d'intervention, et environ 50 % les quatre premiers niveaux d'intervention. En revanche les interventions de 5ème niveau n'ont été mises en œuvre que dans un peu moins de 30 % des cas.

La CNSA qualifie les activités mises en œuvre selon que les interventions ont eu lieu en distanciel ou en présentiel :

- Les solutions de continuité à distance ont été essentiellement déployées vers l'évaluation des difficultés et la mise en place d'entretiens avec des psychologues (80 % d'évaluations des difficultés, 71 % d'entretien avec un psychologue ; 59 % pour les co-constructions des solutions à mettre en place ; 53% sur la guidance pédagogique à distance...) ;
- À domicile, les visites, dans plus de 50 % des cas, ont consisté en des interventions (éducatives, de soins, de rééducation). L'aide aux Actes de la vie quotidienne a mobilisé 29% des actions et a plus concerné les services que les établissements, et le temps de répit aux proches aidants (29 %) a lui à l'inverse plus concerné les établissements.

Le Creai Grand Est, sur le seul champ des ESMS handicap, indique de son côté, que les interventions en appui au domicile sont majoritairement restées distancielles : seuls 17 % des adultes ont bénéficié d'intervention préventives ou curatives et seuls 21 % des enfants, alors que respectivement 65 % et 50 % n'ont eu uniquement que des contacts téléphoniques et 31 % et 40 % ont bénéficié d'envois de supports éducatifs pédagogiques ou rééducatifs.

Les interventions à distance ont été, pour les plus nombreuses, liée à l'évaluation des difficultés, la guidance éducative, les entretiens psychologiques et la continuité pédagogique ;

Les interventions présentiels ont porté essentiellement sur l'intervention éducative, le temps de répit pour les proches, et dans une bien moindre mesure, les entretiens psychologiques et les interventions de soins et rééducation

L'astreinte téléphonique

Selon l'enquête de la CNSA, 95 % des répondants (soit 4700 ESMS) ont déclaré avoir mis en place une astreinte téléphonique. Les moins concernés par cette astreinte seraient les établissements expérimentaux, les centres de ressources, les CPO, les Ssiad et Spasad. Cette astreinte a été mutualisée dans environ 50 % des cas, principalement entre ESMS d'un même organisme gestionnaire.

Pour le Creai Grand Est sur le champ du handicap, 87 % des ESMS ont mis en place l'astreinte, dont 75 % des ESMS handicapés adultes et quasiment 100 % des ESMS handicapés enfants. La moitié a pratiqué la mutualisation du numéro d'astreinte (60 % chez les adultes et 40 % chez les enfants). Cette mutualisation pourrait être prorogé, puisque 60 % de ceux qui l'ont fait envisagent de la conserver.

La relation avec les patients et les usagers

L'étude du Creai Grand Est s'intéresse, dans ce contexte spécifique qui a modifié fortement les accompagnements des ESMS, à la qualité du maintien des relations avec les usagers et patients sur le champ du handicap.

De ce point de vue, sur la fréquence des contacts, il en ressort qu'elle est restée assez élevée : le lien avec les personnes ou les familles aurait été maintenu plusieurs fois par semaine, plus nettement dans les ESMS pour enfants (70 % des réponses évoquant plusieurs contacts par semaines) que dans les ESMS pour adultes (ou ce taux de réponses n'est que de 47 %). Un peu moins d'un quart des réponses signalent des réponses une fois par semaine, et les cas d'absences ou de quasi absences de liens (i.e. : n'intervenant que selon un rythme quotidien ou infra mensuel) auraient été très minoritaires.

Afin de mieux caractériser ces chiffres, l'enquête a demandé si les fréquences de contacts se sont accrues ou non durant la période de confinement (plus particulièrement dans le cas des ESMS pour enfants du fait du lien avec les familles). Il s'avèrerait que cette fréquence est assez inédite pour les établissements pour enfants (50 % la jugeant un peu plus forte et 90% un peu plus forte ou beaucoup plus forte qu'avant la crise). Ce serait moins le cas dans les services pour adultes, puisque seulement 36 % des répondants la considèrent comme plus forte et 52 % de réponses prétendent qu'elle n'a pas changé par rapport à l'avant crise.

L'étude s'est aussi attachée à la question de la relation des personnes à leur accompagnement *via* l'adhésion ou non à un suivi à distance. Il s'avère selon cette enquête que 69 % des personnes en ESMS ont adhéré à un suivi à distance. Les taux seraient plus forts en établissements qu'en services (pour ces derniers, 54 % d'adhésion chez les adultes et 67 % chez les enfants). Mais l'échantillon des 134 ESMS répondants présente de forts écarts, ce qui fragilise un peu les moyennes. Enfin, on constaterait une faible part d'abandon des suivis à distance de distanciel (de 10 % en service enfants, pour 8 % sur le total des ESMS).

Les accueils temporaires et le mouvement la mutualisation.

Des accueils temporaires et d'urgence qui seraient restés minoritaires

La CNSA indique que seuls 30 % des établissements répondants ont mis en place des solutions d'accueil temporaire d'urgence pour les personnes ne pouvant plus être prises en charge par leur famille ou pour celles ne pouvant se maintenir à domicile (4 places par établissement en moyenne).

Pour le Creai Grand Est, le bilan est contrasté, puisque ce type d'offre s'est certes développé mais ne s'est pas généralisée. Avant le covid, 73 % des ESMS du Grand Est ne disposaient pas de solutions d'accueil temporaire ou d'urgence (dont 91% pour les services enfants, 92 % pour les services adultes et respectivement 72 % et 52 % sur les établissements). L'offre d'accueil temporaire ou de répit s'est certes développé, mais elle ne s'est pas généralisée pendant le confinement et la période de déconfinement : 61 % des ESMS n'en ont pas proposé ; 29 % l'ont fait seulement en journée et uniquement 4 % en hébergement de semaine.

Des mutualisations qui se sont renforcées

30 % des répondants de l'enquête de la CNSA ont déclaré accompagner des personnes habituellement suivies par d'autres ESMS (32 % des répondants services et 28 % des répondants établissements).

Sur les coopérations territoriales durant la période de crise sanitaire : 60 % des ESMS ont déclaré avoir connaissance d'un système d'entraide inter ESMS, mais seuls 39 % ont participé de ce système. C'est plus particulièrement le cas en Bretagne, dans les Hauts de France ou les Pays de Loire (même si ces résultats doivent être pris avec prudence, dans la mesure où ces régions n'ont eu que peu de répondants à l'enquête).

Plus qualitativement, ces organisations inter-opérateurs concernent principalement la mutualisation de moyens humains (comme par exemple le renfort des équipes) et l'entraide logistique (18,8 %). Plus marginalement, la mise en place d'une cellule d'écoute psychologique pour les professionnels (15,5 %) et les réponses apportées aux personnes (15,1 %) ont été mutualisées. Selon cette enquête de la CNSA, l'association des MDPH à ces dispositifs serait restée plutôt faible (inférieure à 30 %). En outre, les dispositifs mis en place durant la crise ne sont que modérément articulés avec des dispositifs de coordination préexistants (moins de 20 % des cas).

Dans son RETEX, l'HAS de son côté, confirme ce phénomène de mutualisation en indiquant qu'elles ont été au-delà du champ médico-social puisqu'elles ont aussi été constatées entre ESMS, GHT et associations.

La crise a accéléré le virage vers le numérique

Le RETEX de l'HAS est assez affirmatif à cet égard, considérant que la crise a été un accélérateur du virage numérique,

Un large éventail de nouvelles solutions et supports numériques a été déployé : en particulier le matériel informatique, les logiciels de communication et dans une moindre mesure les plateformes de partage.

Dans ce cadre, de nouvelles formations ont été identifiées du fait de la crise. C'est logiquement le cas sur l'hygiène, les précautions standard, la connaissance des risques infectieux et des gestes barrières. Mais il est notable de constater que ces nouvelles formations ont aussi concerné le télétravail, l'utilisation des NTIC et la gestion de la crise.

Toutefois, sur la numérisation et le télétravail, le RETEX de l'HAS considère qu'il ne faut pas ignorer les limites du virage numérique pris durant la crise. L'HAS marque un point de vigilance sur la fatigue des professionnels et leur droit à la déconnexion. Plus largement, elle indique que les accompagnements numériques trouvent certaines limites, telles que l'illectronisme, la maîtrise limitée des outils, la fracture numérique (en prenant l'exemple de familles non dotées du matériel nécessaire pour poursuivre le travail scolaire à distance...).

Le Creai Grand Est dresse néanmoins un portrait assez marqué quant aux recours aux outils numériques. Celui-ci a été assez massif, avec 44% d'utilisation quotidienne, dont 60% pour les ESMS enfants handicapés. Si l'on élargit les réponses relatives à l'ampleur de l'usage des outils à « utilisé quotidiennement ou souvent », 74 % des réponses sont positives, avec un pic de 93 % dans les ESMS pour enfants handicapés. On constate très peu de non utilisation des outils numériques d'accompagnements, hormis dans le cas des ESMS pour adultes handicapés pour lesquels cette occurrence est assez significative (avec 25 %) ²¹⁰.

Les réponses sont légèrement majoritaires à dire que ces outils ont vocation à perdurer (oui assurément ou oui sans doute...) : 64 % de l'ensemble des ESMS avec 70 % pour les deux occurrences dans les ESMS adultes et 64 % dans les ESMS enfants.

Ce mouvement de numérisation a constitué une évolution marquée des postures des équipes professionnelles à l'égard des outils numérique et/ ou a renforcé un mouvement qui avait déjà été initié.

Des organisations qui se sont adaptées *via* la coordination et les plateformes

L'HAS indique que logiquement les modalités de travail ont été fortement impactées. L'adoption du télétravail n'a pas été négligeable (temps partiel ou plein à 33 %). D'autres adaptations ont été relevées, en termes de modification des horaires de travail (réponses à 26 %) et encore plus en termes de renforcement et de redéploiement du personnel à 41 %. L'importance de l'innovation organisationnelle est caractérisée, selon le RETEX de l'HAS, par une poursuite des accompagnements par d'autres moyens et stratégies que ceux employés avant la crise. Il s'agit du déploiement de nouveaux outils (38 % des cas), de modification de l'organisation du travail (20 %), mais aussi *via* les interventions à domicile (13 %...)

En Grand Est, dans les structures pour personnes handicapées, la coordination entre organismes gestionnaires a fait l'objet d'initiatives et a surtout concerné la mutualisation de moyens humains et l'entraide logistique. Des expériences collaboratives ont été menées telles que le déploiement d'une plateforme mutualisée pour répondre aux besoins des usagers (livraison d'attestations de sortie, supports éducatif et pédagogique, kits santé, alimentaire etc.). Environ 20 % des ESMS déclarent avoir évolué vers un fonctionnement en dispositif ou

²¹⁰ En moyenne, le secteur enfant avait 3,7 outils d'accompagnement et le secteur adultes 2,7, les principaux outils d'échanges utilisés étant Skype, Teams, Zoom, What's App....

plateforme pendant et après le confinement. Ces réponses ont été équilibrées entre les 3 modes d'accompagnement : en appui du domicile / en hébergement / en journée

Enfin, la crise covid a accru le rôle de l'hospitalisation à domicile (HAD) – cf. annexe spécifique sur la HAD.

Mais des témoignages des fédérations indiquant de vraies difficultés dans les Ssiad du fait de l'arrêt partiel des services d'accompagnement à domicile

Des extraits d'entretien avec plusieurs fédérations (parfois employeurs aussi bien de Ssiad que de Saad) insistent sur cette difficulté qui a affecté le secteur du soin à domicile pour les personnes âgées :

« Les Ssiad ont compensé la rupture des Saad pour que les personnes ne soient pas trop isolées: course, portage de repas, aller à la pharmacie personnes considérées comme non-prioritaire ».

« Ce qui ressort, c'est une plus grande souffrance pour les personnels des Ssiad que des Saad. Autant sur les Saad, on s'est concentrés sur les interventions prioritaires, donc il y a eu peut-être moins de charge de travail, alors que les Ssiad sont intervenues de façon très régulière, avec beaucoup plus de tâches à faire. Comme l'aide à domicile ne pouvait plus passer, l'aide-soignante Ssiad devait parfois faire l'aide à domicile »

En conclusion, le RETEX de l'HAS retient quelques priorités d'améliorations pour l'avenir

Les points suivants ressortent :

- Une meilleure anticipation : sur la gestion de crise, sur la communication, sur les besoins de gestion des stocks d'équipements de protection ;
- Une plus grande formation à la transformation numérique ;
- Une plus grande souplesse dans l'organisation de l'offre et entre institutions ;
- Un renforcement de la communication pour réduire les sentiments d'abandon ;
- Le besoin de bien identifier les publics prioritaires lors du déconfinement (par exemple sur l'enfance protégée et le retour à l'école) ;
- Enfin, le rôle des aidants est à saluer, mais il ne doit pas cacher leur épuisement, ce qui suppose de multiplier les solutions de répit.

Annexe n° 9 : l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile concerne des patients de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète.

Comme les services de soins à domicile (Ssiad), l'HAD intervient donc au domicile des patients et a pour objectif d'éviter, de retarder ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. L'articulation entre les deux modes de prise en charge est donc une facette importante de la pertinence des soins à domicile.

Présentation de la HAD en France

Tableau n° 13 : chiffres clés de la HAD 2014 -2019

	2014 - 2015	2019 - 2020	Evolution
<i>Nombre d'établissements</i>	309	289	-6,5 %
<i>Coût global</i>	0,87 Md €	1,22 Md€	40,2 %
<i>Journées d'hospitalisation</i>	4 439 494	5 971 544	34,5 %
<i>Coût moyen d'une journée d'HAD pour l'Assurance maladie</i>	196,8 €	203,8 €	3,6 %

Sources : rapports d'activité FNEHAD 2014-2015 et 2019-2020

Spécificité de l'activité des établissements d'HAD

L'hospitalisation à domicile est confiée à des établissements spécifiquement autorisés pour exercer cette activité. Ce sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Aux termes du CSP²¹¹ « à chaque établissement d'hospitalisation à domicile correspond une aire géographique précisée ». L'autorisation est donc associée à un territoire, comme pour les Ssiad mais l'enquête a montré que le périmètre d'intervention des établissements d'HAD est beaucoup plus large que celui des Ssiad.

Le code indique également que « les établissements d'hospitalisation à domicile mentionnés à l'article L. 6125-2 permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes »¹. L'intervention des HAD et des Ssiad se distinguent donc par le degré de complexité des soins requis.

²¹¹ Art. R6121-4-1.

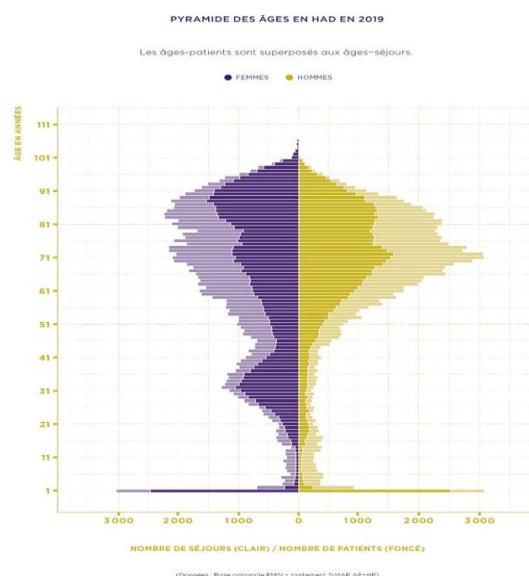
Prescrite par le médecin traitant du patient ou le médecin hospitalier²¹², comme l'intervention des Ssiad, l'HAD permet d'associer de manière coordonnée tous les professionnels paramédicaux et sociaux, de statut libéral ou salarié : le médecin traitant, mais aussi les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les aides-soignants, les psychologues, les assistants sociaux...

L'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021, portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds, fait passer la HAD d'un régime ad hoc à une autorisation en tant qu'activité spécifique²¹³. La poursuite de la réforme des autorisations ou la politique tarifaire seront donc amenées à tenir compte des spécificités de la HAD, qui recouvrent une expertise de coordination, d'évaluation et de prise en charge à domicile. Ces dispositions entreront en vigueur le 1er juin 2023, date de dépôt des nouvelles demandes d'autorisation des établissements de HAD²¹⁴.

Nature de l'activité des établissements de HAD

L'activité effectivement réalisée concerne tout particulièrement les personnes âgées :

Graphique n° 14 : pyramide des âges en HAD en 2019



Source : FNEHAD, Présentation générale, décembre 2020.

²¹² La loi reconnaît un « libre choix du patient de son mode de prise en charge, à domicile ou en ambulatoire » (article 175, Loi de modernisation de notre système de santé (2016) ; art. L. 1111-2 du CSP) tout comme le droit de la personne d'être « informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet » Art. 4, Loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (2016).

²¹³ Jusque-là, l'HAD était une forme d'exercice d'une activité de soins. Une structure était ainsi autorisée par exemple à l'activité de médecine sous la forme d'HAD et les conditions techniques de fonctionnement du régime s'imposaient en sus de celles de l'activité de soins considérée. Il s'agissait ainsi d'un régime « ad hoc ».

²¹⁴ Le texte acte par ailleurs la simplification des procédures de délivrance des autorisations, puisque le dossier d'évaluation est remplacé par une demande simple de renouvellement de la part des établissements. La publication des décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement est attendue pour le dernier trimestre 2021.

L'âge moyen des patients en HAD est de 62,1 ans pour les hommes et 58,9 ans pour les femmes.

Plus de la moitié des patients admis en HAD est composée de patients âgés de 65 ans ou plus.

Les patients de 80 ans et plus représentent près de 25 % du total des patients tandis que les 65-79 ans représentent près de 36 % du total des patients HAD.

Les soins effectivement dispensés sont également caractéristiques : Les données PMSI, telles qu'extraites par la FNEHAD²¹⁵, renseignent sur la répartition des modes de prise en charge. Deux soins représentent à eux seuls plus de la moitié des modes de prise en charge : les pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) et les soins palliatifs. En 2019, leur part respective représentait 28,1 % des modes de prise en charge pour les premiers, 25,4 % pour les seconds. Ces prestations sont en augmentation sensible entre 2018 et 2019 : +6,3 % pour les premiers, +7,8 % pour les seconds. Suivent les soins de nursing lourds (8,5 %), la nutrition entérale (6,3 %), le traitement intraveineux (5,7 %), la surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse (4,1 %), la prise en charge de la douleur (3,5 %). Tous les autres traitements représentent chacun une part inférieure à 3 %.

La nature des soins dispensés fait écho aux pathologies du public essentiellement concerné par l'HAD que sont les personnes vieillissantes.

Tarifification et effectifs

Tarifification et profil des personnels sont différents pour les établissements d'HAD de ceux constatés dans les services de soins infirmiers :

- La tarification de l'hospitalisation à domicile est réalisée – comme l'ensemble des activités hospitalières - dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), selon les modalités définies par la tarification à l'activité (T2A). Leur activité est donc financée différemment de celle des Ssiad qui relève d'un forfait fixé par l'ARS.
- Le financement de la HAD ressortit à l'enveloppe de crédits destinée aux séjours hospitaliers, alors que celle des Ssiad est incluse dans l'Ondam médico-social.

La *Statistique annuelle des établissements de santé*²¹⁶ fait état, pour les professionnels de santé salariés uniquement, de 345 cadres de santé, 3307 infirmières salariées, 776 infirmières coordinatrices assurant la coordination des soins en lien avec le médecin coordonnateur, 328 médecins coordonnateurs, garants de la bonne exécution du protocole de soins, 2379 aides-soignants assurant des soins d'hygiène et de confort, 213 assistants sociaux, 80 pharmaciens salariés, 42 masseurs kinésithérapeutes salariés et 121 psychologues salariés. L'essentiel de l'activité est donc réalisé par des infirmiers, dans le cadre d'une organisation médicale, alors que les personnels des Ssiad sont principalement des aides-soignants coordonnés par des infirmiers.

²¹⁵ FNEHAD, *Présentation générale*, décembre 2020.

²¹⁶ Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 27 juillet 2020.

État des lieux de l'HAD en France²¹⁷

Développement de l'HAD

La part des dépenses d'HAD (= coût global) est passé d'à peine plus de 1 % à 1,5 % de toutes les dépenses d'hospitalisation et de 0,5 % à 0,6 % des dépenses d'assurance maladie. Le poids de la HAD dans les dépenses d'assurance maladie est donc à la fois faible et en augmentation.

Le développement de la HAD se traduit par la forte augmentation du nombre de journées réalisées (+ 34,5 % en 5 ans, cf. tableau n°1).

Cette évolution traduit une démarche volontariste des pouvoirs publics dont la réalisation reste néanmoins en deçà des objectifs affichés : la circulaire du 4 décembre 2013²¹⁸ avait fixé un objectif de développement de l'HAD en accompagnant la structuration du secteur et en encourageant « une logique de substitution à l'hospitalisation complète ». Les premières estimations indiquent un déploiement moins important que prévu puisque, « malgré la progression réalisée depuis 2011, le niveau d'activité constaté en 2017 et son taux de croissance récent ne permettront pas d'atteindre les niveaux attendus »²¹⁹. En effet, le nombre moyen de patients pris en charge en HAD par jour et pour 100 000 habitants est passé de 16,5 en 2011 à 21,4 en 2017 et 24,4 en 2019 alors que l'objectif était fixé à 30-35 à horizon 2018. Quant au redéploiement de l'activité hospitalière vers le domicile, les résultats sont ambivalents : Le taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète (MCO+SSR) est passé de 1,2 % en 2011 à 1,5 % en 2017 et 1,7 % en 2019, ce qui répond aux objectifs. En revanche, le taux brut de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète (MCO+SSR) est passé de 36,5 en 2011 à 49,5 en 2017 et 58,2 en 2019 pour un objectif fixé à plus de 74 vers 2018.

Structuration de l'HAD²²⁰

Une amorce de concentration se traduit par une diminution du nombre d'établissements (cf. tableau n°1). Cette tendance est soutenue par les Agences régionales de santé (ARS) au travers du regroupement des autorisations et de la réaffectation de la couverture de zones géographiques. Pour autant, le secteur reste marqué par un fort éparpillement : selon la FNEHAD3, 65 % des structures, représentaient 10 % de l'activité, avec moins de 30 patients par jour, tandis que 30 % en soignaient de 30 à 100 et effectuaient 49 % de l'activité. Enfin, 5 % suivaient plus de 100 patients par jour, pour 41 % de l'activité.

Par ailleurs, malgré les efforts des ARS visant à assurer l'accessibilité de l'HAD, l'activité s'est développée inégalement selon les territoires.

Les départements de Paris et des Hauts-de-Seine ont des capacités plus importantes que le reste de la France. En 2018, dans ces deux départements, les capacités de prise en charge représentaient 18 % des journées et 15 % de l'offre de l'ensemble du territoire, soit une capacité

²¹⁷ Panorama Drees, Les établissements de santé – édition 2020, 2020.

²¹⁸ Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

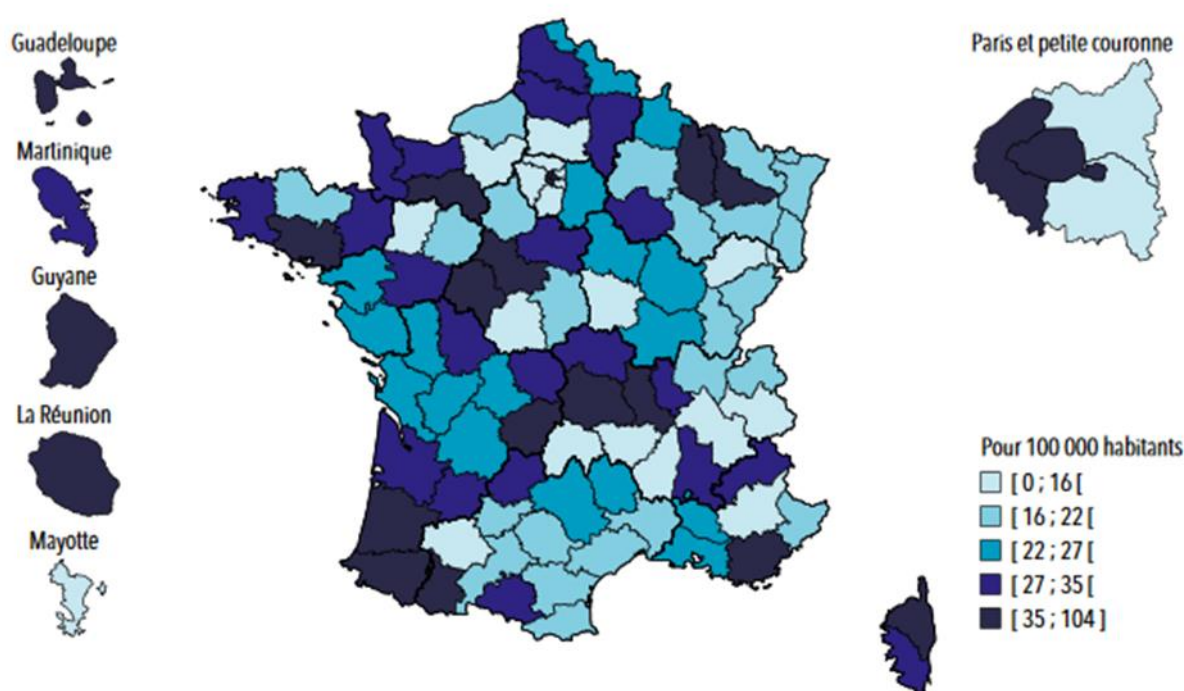
²¹⁹ Anap, « Hospitalisation à domicile : Organisations et interactions au sein des territoires », p.10, septembre 2019.

²²⁰ Anap, *ibid.*

2,7 fois plus élevée que la moyenne nationale. Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane enregistrent également des densités trois à quatre fois supérieures à la densité nationale.

Certains départements ont des capacités de prise en charge en HAD relativement faibles. Ainsi, les départements de Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise, ou encore ceux du Cantal et de la Haute-Saône font état d'une densité deux fois moins importante par rapport à la moyenne nationale.

Ces inégalités territoriales d'offre de services d'HAD entraîne de facto certaines hétérogénéités en matière de prise en charge. Le taux de prise en charge varie de 11,6 patients (2ème décile) à 27,6 patients (8ème décile) pris en charge pour 100 000 habitants.



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les capacités de prise en charge sont représentées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Ces disparités s'expliquent par des caractéristiques territoriales diverses et multifactorielles – et notamment, la bonne connaissance par les médecins libéraux ou hospitaliers prescripteurs des interventions réalisables par les établissements de HAD - ainsi que par la plus ou moins grande complémentarité de l'offre HAD avec son écosystème de santé. C'est pourquoi, « la question de l'identification des besoins du territoire [...] et du niveau de réponse apporté par les partenaires doit faire l'objet d'une attention toute particulière »²²¹ au niveau local. Elle reste manifestement perfectible.

²²¹Anap, Ibid., p.8.

Si les modes de fonctionnement diffèrent d'un territoire à l'autre, certaines difficultés apparaissent communes à de nombreux établissements, comme la sécurisation du circuit du médicament, la prise en charge patient, le pilotage interne, ou encore la mise en place et la gestion du système d'information (SI) adapté à l'activité d'HAD. Sur cette dernière problématique, l'Anap a publié en mai 2018 une étude²²² de définition du SI de l'HAD constituant la base d'élaboration des spécifications et du programme fonctionnel du SI HAD.

Peuvent être retenues trois remarques principales sur les modes de fonctionnement des établissements : l'hétérogénéité des modes d'organisation interne des ressources humaines, des tournées, de la logistique, etc. reflète la diversité des établissements d'HAD sans que l'Anap ait pu dégager un modèle plus performant qu'un autre ; la nécessité de mettre en place des temps de partage internes en complément des temps de transmission entre soignants est partagée par la quasi-totalité des professionnels ; la mise en œuvre d'un SI HAD et d'une gestion sécurisée du circuit du médicament sont des préoccupations partagées par tous les établissements.

En 2018, le secteur privé à but non lucratif prenait en charge 57% des séjours, contre 31% pour le public et 12% dans le privé à but lucratif. Il assurait 58% des journées, contre 25% dans le public et 17% dans le privé à but lucratif. Cette répartition reste globalement stable depuis quelques années, quoique le secteur à but lucratif progresse marginalement chaque année. Les durées de séjour sont plus courtes dans les secteurs public et privé à but non lucratif que dans le secteur privé lucratif. Ce constat va de pair avec la nature des soins prodigués : les secteurs public et privé à but non lucratif apparaissent plus tournés vers la prise en charge des pathologies ne nécessitant que quelques jours d'activité (périnatalité, soins de cancérologie, etc.) ; à l'inverse, les soins plus lourds, comme les soins palliatifs, les pansements complexes, les soins spécifiques, etc., sont plus fréquents dans le secteur privé à but lucratif. Les divers acteurs rencontrés au cours de cette enquête ont tous émis l'hypothèse, ou confirmé qu'elle était probable, d'une « sélection des patients à l'entrée » en fonction de leurs pathologies et des coûts qui leur seraient associés.

Les évolutions récentes des modalités d'intervention des établissements de HAD

HAD et épidémie de la covid-19

Dans un contexte d'épidémie du virus covid19, des mesures visant à protéger les personnes âgées et les personnes à risque de forme grave de Covid-19 ont été prises sur l'ensemble du territoire français, quel que soit le lieu de vie du patient.

L'une des priorités établies par la DGCS portait sur « la continuité des soins et des accompagnements à domicile, dans le strict respect des mesures de protection des personnes âgées et des professionnels »²²³, sous la coordination des ARS, en associant les préfets et les conseils départementaux.

Pour les patients positifs à la covid19, les professionnels ont pu maintenir leurs pratiques et missions en complémentarité avec l'HAD notamment, en lien avec les acteurs de la coordination. Si le principe général consistait à maintenir les admissions pour des soins en

²²² Anap, *Usage des systèmes d'information en santé : Étude de définition du système d'information de l'hospitalisation à domicile*, mai 2018.

²²³ DGCS, « Plan de protection des personnes âgées à domicile contre l'épidémie de Covid-19 », 12 novembre 2020.

hospitalisation pour des patients non-covid19 pour éviter la perte d'autonomie de la personne âgée et les pertes de chances en cas de report, la DGCS a toutefois fait le choix d'inciter à évaluer systématiquement la possibilité d'une prise en charge en HAD.

La Conférence nationale de la santé (CNS) remarquait ainsi que les établissements d'HAD, en tant qu'alternative à l'hospitalisation avec hébergement, ont été « pleinement mobilisés »²²⁴ au cours de la première vague épidémique, tandis que la Haute Autorité en santé (HAS) soulignait, dans son recueil d'expériences et de pratiques, l'implication de l'HAD pour maintenir la « continuité de l'intervention » et « le suivi de personnes atteintes du covid 19, au domicile ou en établissement »²²⁵, en partenariat avec d'autres structures telles que SOS Médecins, le Centre 15, les EMS, les ESMS, etc.

L'HAD devait assurer la prise en charge des personnes infectées covid 19 ne nécessitant pas de soins de réanimation ou de surveillance particulière, mais présentant toutefois des troubles respiratoires, des comorbidités ou une situation psychosociale complexe. Elle devait également assurer la prise en charge des patients covid 19 en aval de la réanimation afin de simplifier le retour des patients à domicile ou dans les EMS. Elle prenait donc en charge des patients ne nécessitant pas de surveillance médicale continue mais ayant toujours besoin d'être suivis, y compris avec recours à une assistance respiratoire ou une réadaptation pluridisciplinaire. L'HAD devait enfin assurer la prise en charge à domicile des patients non-atteints de la covid 19 pour MCO ou SSR en substitution d'une hospitalisation conventionnelle.

Dans ce contexte, certaines dérogations réglementaires ont été prises pour faciliter l'intervention de l'HAD. Il était désormais possible, lorsque l'urgence de la situation médicale le justifiait, d'admettre un patient en établissement d'HAD sans prescription médicale formalisée mais uniquement sur décision collégiale avec le médecin coordonnateur. En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifiait, le patient pouvait être admis en HAD sans l'accord de son médecin traitant. Enfin, l'obligation faite au Ssiad/Spasad de prendre en charge le patient au moins 7 jours avant la mise en œuvre d'une intervention conjointe d'une HAD et d'un Ssiad/Spasad a été supprimée.

Enfin, l'HAD a été mobilisée pour fluidifier les sorties hospitalières et par conséquent soulager la pression sur les capacités d'hébergement voire de réanimation.

²²⁴ Conférence nationale de la santé (CNS), « Contribution de la Conférence nationale de santé (CNS) à l'enquête sur les services de soins à domicile conduite par la Cour des comptes à la demande de la Commission des affaires sociales du Sénat », adoptée par la Commission permanente le 16 avril 2021.

²²⁵ Haute autorité de santé (HAS), « COVID-19 - Entre protection et autonomie : les principes de l'action sociale et médico-sociale à l'épreuve de la crise ». Recueil d'expériences / de pratiques inspirantes mises en œuvre par les professionnels des ESSMS et ressources utiles identifiées, 9 mai 2020.

Les données de l'Atih issues de l'analyse de l'activité de l'HAD²²⁶, datant d'avril 2021, dressent un tableau positif des interventions de l'HAD lors de la crise sanitaire²²⁷. Elles montrent qu'en 2020, le nombre de séjours a augmenté de + 16,1 % par rapport à 2019 alors qu'il avait augmenté de + 3,3 % entre 2018 et 2019 :

Mobilisation de l'HAD face à la crise sanitaire

Cette augmentation du nombre de séjours est ramenée à 8,1% dès lors que l'on exclut les séjours en lien avec la prise en charge du covid 19. Ainsi, la prise en charge des patients de la covid 19 a fait doubler l'évolution d'activité, soulignant ainsi la mobilisation importante de l'HAD dans le contexte de crise sanitaire.

En outre, l'HAD s'est mobilisée pour prendre en charge des patients non COVID 19, libérant ainsi des places dans les structures d'hospitalisation complète de court séjour.

Au cours de l'année, l'activité s'est adaptée aux vagues successives avec un nombre d'admissions qui augmente dès la première vague (+ 24,7 % en mars) et s'accélère au cours de la deuxième vague de l'épidémie de covid 19 (+ 45,3 % en novembre et + 30,3 % en décembre).

Adaptation de l'HAD à la crise sanitaire

- Évolution de la structure d'activité

En 2020, comme en 2019, les modes de prise en charge principaux (MPP) les plus fréquents en nombre de journées sont les MPP 04 « Soins palliatifs » (26,4 %, soit environ 1,6 million de journées) et 09 « Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) » (25,0%, soit environ 1,6 million de journées). Cependant, les prises en charge pour pansements complexes et soins spécifiques représentent 3 points de moins qu'en 2019.

En 2020, par rapport à 2019, les MPP avec la plus forte augmentation d'activité sont les MPP 18 « Transfusion sanguine » (+ 228,3 % en nombre de journées, mais ne concerne qu'environ 900 séjours) et MPP 08 « Autres traitements » (+ 124,9 %, soit près de 190 000 journées, alors que les évolutions au cours des 2 années antérieures étaient inférieures à 10%). Ce dernier MPP contribue à la croissance du nombre de journées en 2020 à hauteur de 30 % et concerne également les séjours covid en situation de surveillance.

²²⁶ Évolution mois 12 entre 2020/2019

²²⁷ Le comité de pilotage national de l'hospitalisation à domicile avait dressé un premier bilan des enseignements tirés de la première vague épidémique de covid 19 relatifs à l'HAD à l'automne 2020 (cf. DGOS, « Comité de pilotage national de l'hospitalisation à domicile du 19 octobre 2020 », 16 octobre 2020). La place de l'HAD dans l'offre de soins s'est renforcée. Les séjours entre avril et juin 2020 ont augmenté de 20%. Les disparités régionales vont de 6% dans les Hauts-de-France à 20% en Occitanie et Provence-Alpes-Côte-D'azur. Un pic d'intervention a été constaté en avril 2020, avec 15% de patients covid+, 3000 séjours avec code covid et 60% de l'activité covid du 1^{er} semestre. Parmi les patients pris en charge en HAD et atteints de la Covid-19, 30% sont décédés entre janvier et mai 2020. Les séjours HAD des patients atteints covid 19 ont duré en moyenne 15 jours (contre 25 jours de DMS sur 2019). Les prises en charge ont également évolué : +337% de transfusion sanguine, +43,7% de chimiothérapie, +174% d'autres traitements. L'intervention conjointe Ssiad-HAD s'est accrue de 4%. La suppression des conditions préalables a été facilitante et celles-ci auront vocation, selon la DGOS, à être pérennisées.

La prise en charge qui contribue le plus à la croissance est la MPP 04 « Soins Palliatifs » (41,3%). Le nombre de journées associées à ce MPP évolue de +18,7% (soit près de 260 000 journées). L'évolution était de +7,7% l'année antérieure.

- Activités en soutien aux hôpitaux

La surveillance des patients covid est identifiée par le MPP 08 « Autres traitements ». En 2020, 52% des séjours (soit 11 900 admissions) avec ce MPP ont un diagnostic de covid 19 identifié au cours de l'hospitalisation.

En 2020, le nombre de journées associées au MPP 08 évolue fortement par rapport à 2019 (+124,9%). Cette évolution, liée majoritairement à la prise en charge COVID, est particulièrement importante pendant les confinements, aux mois d'avril, novembre et décembre (respectivement +236%, +428% et +298%).

- Activités impactées par les déprogrammations d'hospitalisations

Les activités HAD sont impactées par les déprogrammations d'activité réalisées en MCO pour faire face à l'épidémie de covid. Le nombre de journées avec un MPP 09 « Pansements complexes et soins spécifiques » baisse de 1,5% en 2020 par rapport à 2019, et cette baisse est particulièrement marquée aux mois d'avril et mai (respectivement de -6,7% et -7,8%).

- Renforcement de la prise en charge des résidents d'Ehpad

En 2020, la prise en charge des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) représente 9,6% du total de journées d'HAD et 11,8% du total des admissions. Par rapport à 2019, cette activité augmente de 68,9%, soit près de 12 000 séjours, et particulièrement pendant le second confinement (+315,5% en novembre et +170,1% en décembre), mais également au cours du premier confinement (+144,1% en avril). Cette évolution est presque entièrement due à la prise en charge des patients COVID, puisque que l'évolution du nombre de séjours, hors séjours COVID, est seulement de +2,4%.

Liens entre les services de soins à domicile et l'HAD

Alors que la HAD mobilise des personnels à forte compétence technique, les autorités sanitaires cherchent à conjuguer la pertinence de ses interventions dans la gradation des soins disponibles – en distinguant le niveau de complexité des soins - avec l'extension de son accessibilité. À ce titre, l'extension du champ d'intervention de l'HAD à l'ensemble des personnes accueillies en établissement d'hébergement social ou médico-social a été ménagée par les décrets n° 2012-1030 et 2012-1031 du 6 septembre 2012.

Depuis le 1er juin 2018²²⁸, l'intervention conjointe entre un Ssiad ou un Spasad et un établissement d'HAD est possible, si le patient recevant des soins réalisés par l'équipe d'un Ssiad ou d'un Spasad souffre d'un état de santé nécessitant une prise en charge en HAD. En effet, « les soins [des établissements d'HAD] ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales »²²⁹. Le dispositif imposait l'intervention préalable du Ssiad, d'au

²²⁸ Décret n° 2018-430 du 1er juin 2018 prévoyant les conditions d'admission et les modalités de prise en charge conjointe des patients par un établissement d'hospitalisation à domicile et un service de soins infirmiers à domicile ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

²²⁹ Art. R6121-4-1 du CSP.

moins 7 jours, auprès du patient et la signature d'une convention entre les deux structures pour définir et organiser les tâches de chaque intervenant.

Selon la DGOS, la poursuite de la réforme des autorisations impulsée par l'ordonnance no 2021-583 du 12 mai 2021 (cf. *supra*) devrait intégrer la pérennisation des mesures dérogatoires appliquées durant la crise sanitaire. Le retour d'expérience relatif à l'activité de l'HAD durant la crise sanitaire a, en effet, mis en évidence le consensus des acteurs de l'HAD en faveur des mesures dérogatoires permettant de faciliter encore davantage l'intervention conjointe entre HAD et Ssiad. Il s'agit notamment de conforter la possibilité de mettre en place une HAD sans l'accord du médecin traitant, en cas d'urgence et d'indisponibilité de celui-ci, et de supprimer l'obligation d'intervention préalable du Ssiad auprès du patient.

La feuille de route stratégique HAD 2021-2026, en cours de préparation, devrait promouvoir la bonne articulation entre l'HAD et les Ssiad, dans une logique de gradation des soins et de complémentarité comme un axe de développement de l'HAD pour les cinq années à venir. La répartition des rôles entre Ssiad et HAD est définie dans un document d'appui méthodologique aux collaborations entre HAD et ESSMS en cours d'élaboration et une nouvelle sorte de convention dont le contenu est arrêté par décret organise la prise en charge conjointe. L'obligation pour l'HAD de proposer à l'infirmier libéral intervenant antérieurement auprès du patient dans le cadre d'un Ssiad, de poursuivre la prise en charge dans le cadre de l'HAD est spécifiée afin d'éviter les changements d'équipes soignantes au chevet du patient.

Cette coopération doit répondre à certaines observations formulées en leur temps par l'Igas²³⁰, le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH)²³¹ et, plus récemment la Haute autorité en santé (HAS)²³² qui soulignaient la nécessité de clarifier les responsabilités et les tâches de chaque structure et d'associer les aidants.

Les Ssiad et HAD sont incités à approfondir ces partenariats, notamment dans le cadre des CPOM. Pour l'ARS Nouvelle-Aquitaine, cet axe de travail est essentiel tant la « coopération [est] indispensable pour assurer la continuité des soins et permettre une approche globale du parcours du patient à son domicile »²³³.

Ces actions ont eu pour conséquences l'augmentation nette de cette activité. En 2020, le nombre d'admissions en HAD pour les bénéficiaires de Ssiad augmente de +19,8% par rapport à 2019 (et le nombre de journées de +36,2 %). Hors prise en compte des séjours COVID, ces évolutions sont de +16,2 % en nombre de séjours et +34,5 % en nombre de journées.

²³⁰ Igas, « Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile », janvier 2017. Elle dénonçait notamment l'absence d'une structure d'action commune entre les divers professionnels débouchant sur une multiplication inefficace des cadres d'intervention au domicile avec des structures nombreuses proposant aux malades des modalités de prise en charge différentes voire exclusives les unes des autres. Cette juxtaposition des acteurs et pratiques entraînait une instabilité dommageable pour des patients et aidants.

²³¹ Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, « Geste de soins / actes de la vie quotidienne », Commission santé, bien-être et bientraitance, Propositions, juin 2018.

²³² HAS, « Évaluation de l'hospitalisation à domicile selon le référentiel de certification », novembre 2020.

²³³ ARS Nouvelle-Aquitaine, 1^{er} groupe de travail « Vie à domicile », 30 janvier 2020.

Suivi des recommandations

La Cour des comptes a rédigé un rapport pour le Parlement en décembre 2015²³⁴ portant sur l'hospitalisation à domicile, à la suite d'un chapitre du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013²³⁵, qui traitait du même sujet. Ce rapport a fait l'objet de recommandations.

Suivi des recommandations de la Cour des comptes dans son rapport pour le Parlement de décembre 2015

Recommandations réitérées et reformulées:

- mener à son terme l'élaboration des référentiels d'activité de l'HAD ;
- réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extra-hospitalière en ville ;
- mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts, en s'appuyant en tant que de besoin sur des évaluations à dire d'experts, et mettre en œuvre une réforme de la tarification de l'HAD.

Nouvelles recommandations :

- recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures ;
- simplifier le régime d'autorisation et assouplir la répartition des missions entre médecin traitant, médecin coordonnateur d'HAD et le cas échéant médecin coordonnateur d'Ehpad, pour faciliter notamment l'ajustement des prescriptions à l'évolution de l'état de santé des patients ;
- faciliter les coopérations entre Ssiad et HAD, pour permettre la prise en charge conjointe de certaines situations ;
- expérimenter de nouveaux modes de financement de manière à inciter à l'hospitalisation à domicile à la sortie d'une hospitalisation conventionnelle ou pour éviter une telle hospitalisation.

Le suivi de ses recommandations effectué par la Cour et les réponses produites par la DGOS dans le cadre de l'enquête sur les services de soins à domicile permettent de constater les évolutions suivantes :

- Sur les sept recommandations effectuées en 2016, une a été totalement mise en œuvre - la facilitation des coopérations entre Ssiad et HAD, pour permettre la prise en charge conjointe de certaines situations. Cinq étaient en cours de mise en œuvre et une faisait l'objet d'une mise en œuvre incomplète en 2019 :
- L'élaboration des référentiels d'activité de l'HAD tout comme la réalisation d'évaluations médico-économiques de l'HAD par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extrahospitalière en ville

²³⁴ Cour des comptes, « l'hospitalisation à domicile - Évolutions récentes », Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale - Décembre 2015

²³⁵ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013, chapitre IX, L'hospitalisation à domicile, p.253-277.

étaient, en 2019, en cours de mise en œuvre. La refonte de la classification de l'activité d'HAD a été engagée par l'Atih en lien avec les acteurs. Sa mise en œuvre est prévue à titre expérimental au second semestre 2022. L'évaluation économique comparant l'HAD et les autres modes de prises en charge, hospitaliers et ambulatoire, n'est qu'en cours de réflexion.

- En ce qui concerne l'étude nationale des coûts, elle est, en 2019, incomplètement mise en œuvre, tout comme la réforme consécutive de la tarification de l'HAD. Les avancées sont lentes puisque l'échantillon HAD est en cours de constitution pour 2022. L'objectif est, en revanche, ambitieux puisqu'il vise la refonte de l'ensemble du modèle de tarification de l'activité d'HAD. Ce modèle intègrera une part de financement à l'activité ainsi que des compartiments relevant de dotations. La tarification de l'activité sera étudiée en lien avec les travaux de refonte de la classification en cours.

Enfin, en matière de politique publique, la recomposition de l'offre de soins en HAD, la simplification du régime d'autorisation tout comme l'expérimentation de nouveaux modes de financement pour inciter le recours à l'HAD à la sortie d'une hospitalisation conventionnelle, sont, en 2019, encore en cours de mise en œuvre :

La réforme des autorisations, engagée depuis 2018, fait l'objet d'une consultation officielle. Cette réforme a notamment pour objectif d'accroître la sécurité des prises en charges en renforçant les exigences relatives à la composition des équipes de coordination et des équipes pluridisciplinaire ainsi qu'à la continuité des soins. L'impact attendu de ces réformes est notamment le regroupement des structures les plus fragiles afin d'assurer le respect des nouveaux critères. La création d'une autorisation d'activité de soin d'HAD que l'ensemble des établissements devront solliciter au 1er janvier 2023 constitue un levier de recomposition de l'offre de soin à la main des ARS.

La réforme du financement est menée par la DGOS, en lien avec l'Atih. Une étude est réalisée par le cabinet de conseil KPMG qui a associé les acteurs du secteur, dans l'objectif de co-construire les prochaines pistes d'évolution du nouveau modèle de financement. Le début de mise en œuvre du modèle cible HAD et l'achèvement de la refonte de la classification sont prévus pour 2023.