

AVIS SUR LE PROJET DE NOUVEAU MODE D'ALLOCATION DES RESSOURCES DES SSIAD

Note du 12/01/10

Adessa A Domicile – Admr – APF - Croix-Rouge Française - Familles Rurales - Fnaafp/Csf – Fehap – GIHP National – Una – Unassi - Uniopss

Les Unions, Fédérations et Associations signataires de cette note tiennent tout d'abord à signaler leur étonnement face à l'absence de réponse de la part de l'administration suite à l'e-mail commun de 8 d'entre elles en date du 18 novembre, ainsi qu'aux retours de trois d'entre elles sur le compte-rendu de la réunion du 30 octobre.

Cette note donne le positionnement commun, l'avis et les observations des organisations signataires sur le projet de nouveau mode d'allocation des ressources, tel qu'il a été présenté le 30 octobre dernier, lors de la réunion à la DGAS. Elle précise et complète les positionnements politiques énoncés dans le courriel commun du 18 novembre dernier, que nous considérons comme des préalables à l'engagement d'une réforme déterminante pour l'avenir des SSIAD.

Enfin, cette note fait également suite au courrier envoyé le 14 décembre 2009 à la DGAS par l'APF, la Fehap et l'Una.

✓ **Intégrer dans la réflexion les soins destinés aux personnes handicapées**

Nous sommes très attachés à ce que la réforme concerne dès sa mise en œuvre l'ensemble de l'activité de soins dispensés par les Ssiad, à la fois en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Nos services se sont en effet organisés pour développer une offre de qualité à l'égard de ces deux publics et, même si elle reste parfois marginale, nous ne pouvons imaginer que cohabitent en leur sein deux régimes distincts de tarification. Le fait que les crédits d'assurance maladie destinés au financement des soins s'inscrivent dans des sous-Ondam distincts ne peut justifier la complexité que ne manquera pas de créer la juxtaposition de deux systèmes différents de tarification.

A ce sujet il est important de rappeler que le texte réglementaire (décret n°2004-613 du 25 juin 2004¹) qui définit les missions des Ssiad prévoit bien que les Ssiad assurent, sur prescriptions médicales, leurs prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, en partenariat avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile et si nécessaire par la création de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad).

✓ **Clarifier la procédure budgétaire et tarifaire envisagée**

Ce projet introduit une profonde modification du dispositif de tarification et de financement mis en place dans le cadre de la loi 2002-2 par le décret comptable et financier du 22 octobre 2003, sans que pour autant aient été effectués un bilan et une évaluation des indicateurs permettant de déterminer les coûts et de vérifier les réponses apportées aux besoins des personnes, comme le demandent explicitement et avec insistance les acteurs du médico-social, depuis plusieurs années (voir la plateforme interassociative sur la tarification et le financement de février 2007).

Il nous paraît très difficile de renoncer à la logique ascendante de la procédure budgétaire contradictoire sans disposer d'information sur le type de procédures et d'outils que le Ministère envisage de mettre en œuvre dans les services.

¹ Rappelons le 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, concernant le public accueilli, dont les personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou une pathologie chronique.

Par ailleurs, la non publication des données ayant permis de réaliser la simulation financière présidant à l'étude URC-ECO sur le nouveau mode d'allocation des ressources pour les Ssiad n'est pas admissible.

Lors de la réunion du 30/10, l'idée d'une mise en œuvre dès le BP 2011 a été annoncée. Ce délai est beaucoup trop court pour l'ensemble des acteurs concernés, que ce soit les autorités de tarification (les ARS, dont la date maximum de mise en œuvre est fixée au 1^{er} juillet 2010), les services et les réseaux. Un tel système nécessiterait, comme cela nous a été présenté par l'URC-ECO, la mise en place d'un système d'information, principalement informatique, dématérialisé, permettant aux Ssiad de remonter leurs données. Une telle réalisation dans les 6 mois à venir est irréaliste. De plus, lors de la réunion du 30/10, la DGAS n'a pas été en mesure de décrire concrètement le mode opératoire et la procédure budgétaire et tarifaire envisagée pour le BP 2011 et au-delà.

Nous tenons à rappeler à cet égard que cette réflexion est à mener en lien et en cohérence avec la réforme générale de la tarification et du financement de l'ensemble du secteur social et médico-social (tarification plafond, EPRD, etc), ainsi qu'avec les travaux sur le projet de décret tarifaire pour les Ehpad, le projet d'EPRD et de la future procédure budgétaire, lesquels n'ont toujours pas été énoncés clairement et précisément aux organisations représentatives du secteur social et médico-social.

Enfin, en cas de CPOM existant, qu'advient-il de la dotation ?

✓ **Insérer cette réforme dans une réflexion plus globale sur le financement du secteur de l'aide et des soins à domicile**

La tarification des structures s'avère aujourd'hui totalement décorrélée des besoins des personnes et du contenu des prestations. Fonctionnant souvent sur un tarif moyen ne reflétant pas la diversité et les spécificités des prises en charge, résultant d'une évaluation des besoins souvent incomplète, elle constitue parfois une sorte de « boîte noire » qui pénalise les personnes aidées comme les services.

Par ailleurs, il nous est très difficile d'admettre que cette réforme que nous appelions de nos vœux pour améliorer les dotations budgétaires de nos services confrontés à des personnes générant une charge en soins de plus en plus lourde soit conduite à enveloppe constante. Nous ne pouvons valider a priori le principe du redéploiement de moyens des services les mieux dotés vers les moins dotés sans que nous ayons pu vérifier si ces moyens réputés excédentaires, ne sont pas indispensables au maintien de la qualité des soins.

Le rebasage réclamé par le secteur depuis plusieurs années reste d'actualité.

En effet, la base même d'une telle réforme ne peut pas être la répartition d'une enveloppe nationale fermée : ce principe va à l'encontre d'une réponse apportée en fonction des besoins des personnes accompagnées.

Par ailleurs, cette dotation doit prendre en compte les évolutions des tarifs des actes de soins infirmiers ainsi que des conventions collectives.

✓ **Effectuer (ou diffuser si elles existent) les études d'impact du système envisagé**

Il nous apparaît indispensable de connaître l'impact financier qu'aurait un tel système sur l'enveloppe globale destinée aux Ssiad, ainsi que sur chaque Ssiad pris « individuellement ».

La taille de l'échantillon (36 Ssiad) ayant servi à élaborer le modèle qui nous a été présenté est selon nous trop faible pour en tirer un système fiable et valide.

D'autre part, les organisations demandent une enquête complémentaire, réalisée dans le cadre de la nouvelle mission de la CNSA relative à la mise en place d'enquêtes nationales de coûts.

✓ **Réétudier les critères retenus et supprimer le système de bonus-malus**

Nous demandons à ce que soient abandonnés le concept et sa traduction financière de « bonus-malus », au moins sur les publics accueillis. En effet, ce système, discriminatoire, entraînerait inévitablement une sélection et une adaptation du profil des patients et serait ainsi contraire à l'accès

de tous aux soins. En outre, ce risque de discrimination vis-à-vis de personnes ayant besoin de soins légers peut entraîner des sur-cotations de ces soins par les infirmiers libéraux.

Après analyse approfondie de ces critères, il nous apparaît que :

- les critères choisis comme discriminants par le modèle ne sont pas toujours les plus pertinents ;
- certains critères nécessitent d'être précisés pour pouvoir être renseignés uniformément par l'ensemble des SSIAD : l'incontinence, la déficience des membres supérieurs, l'aidant principal, la fin de vie ;
- certains critères doivent être modifiés : la provenance du bénéficiaire (transformer l'HAD en sortie d'hospitalisation) ; les soins infirmiers, pour intégrer le surcoût de soins infirmiers non délégués au-delà d'un certain nombre par semaine, le nombre de soins infirmiers par semaine étant primordial pour juger du coût de ces activités pour un Ssiad ;
- certains critères devraient sans doute être supprimés, ou du moins adaptés ou réétudiés : la zone d'intervention (car sur-pondération de l'urbain dans le modèle proposé), bonus Alzheimer...

Il existe d'autres critères discriminants et pertinents qui sont à ajouter afin de décrire l'activité des Ssiad et la nature des différentes prestations offertes aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ceci doit se faire en prenant en compte trois dimensions indissociables complémentaires de l'intervention des Ssiad autour du projet de l'usager, dans le cadre d'un projet de soin et d'accompagnement global.

a) Sur les caractéristiques du bénéficiaire (facteurs personnels) :

- Mesure des soins d'hygiène ou intervention nécessitant 2 aides-soignants,
- Adaptation et confort de l'environnement,
- Déficits cognitifs,
- Maladies invalidantes (maladie de Charcot, sclérose en plaques),
- Précarité et/ou isolement de la personne soignée,
- Insulino-dépendance,
- Hypertonie,
- Autres aides techniques du type chaise percée, déambulateur.

Et, plus particulièrement pour les personnes en situation de handicap, ajouter les surcoûts liés aux facteurs personnels de la situation de handicap (« pathologie », déficiences, dépendance), non pris en compte ou insuffisamment explicités :

- Surveillance et soins cutanés (escarres, etc.),
- Assistance respiratoire (oxygénothérapie, respirateur, trachéotomie...),
- Transit intestinal (ne pas limiter à l'incontinence fécale, tenir compte des troubles majeurs du transit impliquant lavements, « doigtiers », etc. : soins infirmiers),
- Troubles du comportement, non assimilables à des troubles cognitifs,
- Addictions, non assimilables à troubles des cognitifs,
- Pathologies psychiatriques (handicap psychique), non assimilables à troubles cognitifs,
- Troubles de la communication (expression, compréhension),
- Education thérapeutique et éducation à la santé, accompagnement à l'accès aux soins,
- Alimentation entérale,
- Situations complexes de plurihandicaps / polyhandicaps (cumul de déficiences majeures).

b) Sur les caractéristiques du SSIAD (facteurs environnementaux, notamment liés à la situation de handicap (cadre de vie), ajouter les surcoûts suivants :

- Inadaptation du domicile au regard de la dépendance de la personne,
- Accompagnement des aidants,
- Complémentarité des interventions en soins et en aide humaine nécessitant un travail en partenariat et une coordination,
- Isolement social de l'usager,
- Mise en place d'antennes locales du Ssiad,
- Démarche qualité,

- GVT,
- Présence d'ergothérapeute/psychomotricien/psychologue,
- Zone montagnaise,
- Transports en zone urbaine.

c) Sur les éléments du projet de vie du bénéficiaire (contraintes tenant aux modalités d'intervention du Ssiad pour tenir compte de la vie sociale ou du rythme de vie de l'utilisateur (ex : étudiant)), ajouter les surcoûts liés aux :

- Amplitudes horaires des interventions possibles,
- Interventions de nuit,
- Nombre de passages par semaine des intervenants,
- Nombre de personnes intervenants en même temps auprès de la personne (Infirmière et Aide soignante ou Auxiliaire de vie).

Enfin, le critère du regroupement est présenté par le modèle comme l'une des situations permettant aux Ssiad d'être mieux dotés. Les précisions quant à ce que ce terme de « regroupement » signifie exactement (nouvelle entité juridique, GCSMS) n'ont pas pu être fournies par la DGAS le 30/10, qui a répondu que cela devait être entendu comme un « centre de gestion unique ». Nous souhaiterions en savoir plus avant d'être à même de nous prononcer.

Et quid des coopérations d'un Ssiad avec d'autres types de services ? La valorisation du regroupement des structures ne doit pas être limitée au regroupement de Ssiad, mais doit tenir compte d'autres formes de mutualisations ou de coopération visant une multiplicité de services pour une même catégorie d'utilisateur (Sessad, SAVS, Spasad, SAAD, Ehpad, accueil de jour, CSI, ...).

Autres remarques techniques

- Nous pensons que cette remontée et analyse des données doit être effectuée tous les ans et non tous les 2-3 ans, comme cela a été envisagé, notamment pour tenir compte de l'évolutivité des pathologies invalidantes et de l'évolution des situations de handicap. La mise en place d'une enquête nationale de coûts par la CNSA serait ainsi alimentée chaque année par des flux d'informations.
- La détermination de la valeur du point national nous semble peu compréhensible et incohérente.
- La standardisation des coûts semble difficile à mettre en œuvre et dangereuse pour les Ssiad (voir notamment les notes surlignées page 3 de l'annexe sur les incohérences entre le rapport de l'URC-Eco et le système de tarification proposé).
- Enfin, le système de tarification à la ressource envisagé ne peut être considéré sans une validation beaucoup plus stricte de la compatibilité des indicateurs et des valeurs indiciaires retenus avec l'effectivité des charges auxquels nos services sont exposés.

Incohérences entre le rapport de l'URC-ECO sur les Ssiad et le système de tarification proposé

Voir dans le document joint à cette note les incohérences et questions relevées dans ce rapport.

Expérimentation du modèle par deux fédérations, Una et Adessa A Domicile

Sont joints à cette note 2 expérimentations menées respectivement auprès de 15 Ssiad par l'Una et auprès de 12 par Adessa A Domicile fédération nationale. Ces données doivent être manipulées avec une grande précaution puisque les tailles d'échantillon sont insuffisantes ; cependant elles permettent de relever quelques clés de lecture intéressantes. Ces 2 présentations sont donc des 1ères analyses, qui ne viennent pas contredire l'étude d'URC-Eco mais proposer des pistes d'analyse nouvelles.

Relevons que, sur les 12 Ssiad de la fédération Adessa A Domicile, tous (sauf 1) **auraient une dotation inférieure à celle d'aujourd'hui et surtout inférieure à leurs charges.**

L'expérimentation de l'Una met en exergue plusieurs données :

- La plupart des SSIAD enquêtés (11 sur 15) aurait également une dotation soins minorée ;
- Les Ssiad en zone urbaine sont pénalisés, à la différence des Ssiad en zone rurale pour lesquels le nombre de kilomètres joue à la hausse.

En tout état de cause, cette réforme devra aboutir à la reconnaissance et à la prise en compte des coûts de prise en charge des populations concernées, dans chacun des Ssiad.

Nos propositions d'action

- Réalisation d'une enquête nationale de coûts par la CNSA, qui s'appuie sur les éléments du présent avis.
- Expérimentation de la nouvelle tarification afin de vérifier l'efficacité du modèle et d'affiner certaines variables dans un travail de collaboration avec les associations, unions et fédérations représentatives du secteur.
- Puis application de la réforme, y compris aux Ssiad personnes handicapées.

En vous remerciant de l'attention que vous voudrez bien porter à ces quelques remarques de fond à propos d'une réforme très attendue, nous vous prions de croire, Monsieur le directeur, en l'expression de nos salutations distinguées.



3 rue de Nancy – 75010 Paris



184A rue du Faubourg Saint Denis
75010 Paris



17 boulevard Auguste Blanqui
75013 Paris



98 rue Didot – 75694 Paris CEDEX 14



7 Cité d'Antin
75009 Paris



53 rue Riquet
75019 Paris



179 rue de Loumel
75015 Paris



10 rue de George de Porto Riche
75014 Paris



108-110 rue Saint Maur – 75010 Paris



Quartier Carolle
65230 Castelnau-Magnoac



15 rue Albert – CS 21306
75214 PARIS CEDEX 13