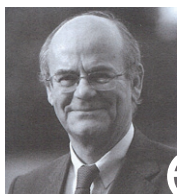




FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS



edito

L'année 2011 sera-t-elle une « annus horribilis » pour les établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées ?

La FEHAP espère que non au final, mais, pour cela, il y a lieu que les pouvoirs publics puissent rapidement réajuster un certain nombre de mesures qui sèment l'incompréhension et le découragement dans un secteur rassemblant plus d'un million d'usagers, sans parler de tous leurs proches, et mobilisant plus de 800 000 professionnels.

C'est d'autant plus nécessaire que la dureté de la campagne budgétaire et tarifaire 2011 qui s'engage, se présente dans une contradiction sérieuse avec les propos et débats publics organisés sur la réforme de la dépendance.

Fidèle à sa ligne d'un discours de vérité, respectueux des contraintes pesant sur les décisions des pouvoirs publics mais tout aussi soucieux de la qualité des interventions sur le terrain et du cœur à l'ouvrage des professionnels, la FEHAP assortit toujours ses constats de propositions constructives, de voies de sortie par le haut proposées aux dirigeants de notre pays.

Antoine Dubout,
Président de la FEHAP

Actualités médico-sociales : Les analyses et propositions de la FEHAP

Une Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) privée des moyens, en 2011, de tenir les engagements pris par les pouvoirs publics

Le Conseil de la CNSA du 12 avril n'a été qu'une succession de mauvaises nouvelles, confirmées par la circulaire budgétaire en date du 26 avril 2011 :

- Impossibilité pour les Agences Régionales de Santé de poursuivre la dynamique de médicalisation des maisons de retraite, avec de nouvelles signatures de conventions tripartites en 2011

- Impossibilité énoncée d'organiser une fongibilité entre l'enveloppe des soins de ville et l'enveloppe médico-sociale, pour les cas de figure où des

maisons de retraite doivent organiser les soins et pouvoir en assumer le coût (tarif global), notamment dans certains territoires où seule une médecine salariée s'avère disponible

- Réduction à six mois des créations et extensions ayant fait l'objet d'un engagement ferme des pouvoirs publics les années précédentes, tant pour le secteur des personnes âgées que des personnes handicapées

- Aucune autorisation d'engagement nouveau, en termes de création de lits et de places pour le secteur des personnes âgées

et des personnes handicapées - Gel à hauteur de 72 millions d'euros du plan d'aide à l'investissement de 100 millions d'euros adopté lors de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011

- Blocage à 0% du taux d'évolution des budgets sur toutes les dépenses hors masse salariale, l'évolution de cette dernière étant limitée à 1%, soit un pourcentage absorbé en quasi-totalité par l'évolution mécanique de celle-ci (glissement, vieillissement et technique).

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dans le rouge début 2011 : une situation programmée ?

Dans deux communiqués en date du 29 septembre et du 27 novembre 2009, avant l'adoption de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2010, la FEHAP avait souligné combien le débasage de 150 millions d'euros de la CNSA opéré à l'époque allait mettre en difficulté cette institution en 2011. Car il ne s'agissait pas d'un prélèvement sur des excédents pérennes, mais d'une abrasion qui venait priver de financement à terme des opérations autorisées mais non encore financées par la CNSA. Comme l'évoquaient des commentateurs avertis, il y avait « confusion entre le livret de caisse d'épargne et le compte-courant ». On a cru diminuer le montant du livret, mais c'est le compte-courant qui a été affecté et la capacité de payer les chèques déjà tirés.

A cette mesure délétère pour l'équilibre durable des engagements et des ressources de la CNSA, s'est ajoutée une mesure de « restitution » de 100 millions d'euros de la

CNSA à l'Assurance-Maladie sur le budget 2010, dans le cadre de la Loi de Financement de l'Assurance-Maladie pour 2011. Et plus encore, une « mise en réserve » de 100 millions d'euros sur les crédits votés pour la CNSA en 2011.

D'une certaine manière, la CNSA a été « mise en dette » par des mesures successives diminuant ses ressources. Au-delà, c'est la philosophie-même de cette instance nouvelle, mise en place après la terrible canicule de 2003, qui est transformée. S'agit-il encore véritablement d'une caisse autonome, sanctuarisant des ressources dédiées aux personnes vulnérables âgées et handicapées, comme la promesse politique en avait été faite ? Ou est-il question désormais d'une simple « Agence de Trésorerie Médico-Sociale », vulnérable à toutes les options d'opportunité des administrations centrales ?

Pour apporter une bonne visibilité au lecteur, cette lettre adoptera un code couleur bien identifié :

Soulignées en vert, les questions qui sont perçues favorablement du point de vue de la FEHAP.

En jaune orangé, les dossiers en « situation intermédiaire », encore en travaux.

En rouge, les sujets marqués de grandes difficultés, appelés à des reformulations parlementaires du point de vue de la FEHAP.

Pour en savoir plus : www.fehap.fr

Pour toutes questions : communication@fehap.fr

ou par téléphone au 01 53 98 95 14 ou 01 53 98 95 06.

Lettre aux Parlementaires

Enfin une solution pour le transport des enfants en Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et en Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) à l'article 16 bis A de la proposition de loi, dite « Fourcade » (texte de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale) !?

Depuis deux ans, la FEHAP s'est attachée à faire connaître les situations de blocage, sur le terrain, rencontrées par les enfants et leurs proches, face à certaines Caisses Primaires d'Assurance-Maladie (CPAM), dès lors que les soins et le suivi en CAMSP et en CMPP exigeaient une solution de transport. Cette situation perdurait en dépit d'instructions et de réponses ministérielles successives de Valérie Létard et de

Nadine Morano, face aux multiples questions dont de nombreux parlementaires les avaient saisies.

L'article 16 bis A adopté par la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale apporte enfin une solution dont la FEHAP, qui a salué cette initiative dans un communiqué de presse, espère la confirmation en séance publique, puis par le Sénat.

Le dégel des ressources 2011 de la CNSA, une option réalisable et légitime : le Président de la FEHAP écrit à Roselyne Bachelot-Narquin sur la « fongibilité asymétrique inversée ». Extrait du courrier en date du 3 mai 2011

« Lors du Conseil d'Administration de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie du 12 avril dernier, il a été indiqué que les dispositions de l'article 8-III de la loi de programmation des finances publiques du 28 décembre 2010, inspirées par le rapport de Raoul Briet, se traduiraient par une « mise en réserve » de 100 millions d'euros concernant le secteur médico-social des personnes âgées et des personnes handicapées.

La FEHAP a conscience des difficultés actuelles des finances publiques et sociales, mais elle souhaite toutefois vous faire part de son étonnement, quant au fait que les modalités d'application de la « mise en réserve » affectent bien plus le secteur médico-social que la part qu'il représente, propor-

tionnellement, dans les financements par l'Assurance-Maladie.

En effet, la « mise en réserve » fait porter 20 % de l'effort sur le secteur médico-social, tandis qu'il représente moins de 10 % des financements annuels de l'assurance-maladie. Nous nous trouvons ainsi en présence d'un phénomène paradoxal de « fongibilité asymétrique », mais inversée par rapport à l'esprit des débats parlementaires lors de la discussion de la Loi dite « HPST », et des dispositions de l'article 118 de ladite Loi ».

Retrouvez l'intégralité du courrier sur notre site Internet : www.fehap.fr rubrique « établissements sociaux et médico-sociaux ».

La facilitation des partenariats entre les professionnels de santé libéraux et les établissements et services sanitaires et médico-sociaux : les avancées à concrétiser de l'article 3 bis A au Sénat et à l'Assemblée Nationale

Dans le cadre de la PPL dite « Fourcade », le Sénat a très opportunément adopté une disposition pour éviter la requalification en contrat de travail des situations où des professionnels de santé libéraux - médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes - concourent à des prises en charge en institution et lorsque celle-ci assume le paiement de leurs honoraires.

Si l'Assemblée Nationale a malheureusement restreint cette rédaction sénatoriale au seul cas des médecins libéraux dans les maisons de retraite, elle a adopté une autre disposition très heureuse sur le fait que les conventions établies entre l'Assurance-Maladie et les professionnels libéraux traitent de manière équivalente les honoraires et les revenus professionnels perçus dans le cadre de ces partenariats. En effet, il n'est pas possible d'exposer des professionnels de santé libéraux au risque de la perte de leurs abattements conventionnels de Sécurité Sociale lorsqu'ils travaillent avec des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, ainsi qu'à la complexité administrative inutile que cela engendrerait pour une proportion souvent très limitée des actes réalisés. La FEHAP et la Fédération Nationale des Infirmiers ont travaillé de concert sur ce sujet depuis la Loi, dite « HPST » et ont salué cette évolution dans un communiqué de presse en date du 19 avril 2011.

Il est vrai que l'on ne connaît pas de situation où l'on exerce de manière libérale contre son gré. Les professionnels de santé libéraux sont déclarés comme tels. Ils ne sont pas contraints dans ces libres coopérations conclues entre des partenaires. Ils acquittent leurs propres cotisations sociales au titre de leur régime obligatoire : la protection sociale n'est en rien perdante en termes de recettes. Bref, les lo-

giques intellectuelles d'assimilation à un contrat de travail sont complètement inopérantes.

Il n'est pas si fréquent de pouvoir à la fois simplifier la vie des assurés sociaux, des professionnels de santé libéraux et de leurs partenaires sanitaires et médico-sociaux, sans pénaliser les finances publiques et sociales : la FEHAP propose de se saisir pleinement de l'occasion qui se présente !

Idéalement, le III et le V de l'article 3 bis A pourraient être reformulés ainsi, par le Sénat et la Commission Mixte Paritaire :

III. Après le neuvième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un alinéa rédigé comme suit : « Sans préjudice du paiement des cotisations acquittées en application des articles L. 722-1 et suivants du présent code, les honoraires et les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, perçus par les professionnels de santé intervenant à titre libéral conformément aux conventions prévues aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du présent code, dans le cadre des établissements visés par l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et des établissements et services visés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ne constituent pas des rémunérations au sens du premier alinéa du présent article. »

V. Au 5° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « honoraires », sont insérés les mots : « ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération ».

Lettre aux Parlementaires

Comment avancer en 2011 pour les maisons de retraite ? Le Président de la FEHAP écrit à Roselyne Bachelot-Narquin proposant des signatures de conventions tripartites en 2011 avec un effet budgétaire retardé au 1^{er} janvier 2012, pour aller au-delà du dégel (Cf. supra)

« Lors du conseil de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) le 12 avril dernier et malgré le contexte budgétaire de celle-ci en 2011, le Directeur Général de la FEHAP est intervenu pour demander que le processus de médicalisation des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ne soit pas interrompu.

En effet, je me permets de vous faire part de nos vives inquiétudes sur les

conséquences délétères que la rupture du processus de médicalisation des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes entraînera sur l'accompagnement des personnes âgées accueillies ainsi que sur le fonctionnement des établissements. Afin d'éviter une « année blanche » dans la signature des conventions pluriannuelles tripartites, la FEHAP propose donc que les renouvellements puissent être formalisés dès maintenant en

permettant aux Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé de signer les conventions 2011 avec une date de prise d'effet au 1^{er} janvier 2012 ».

Retrouvez l'intégralité du courrier sur notre site Internet, www.fehap.fr rubrique « Etablissements sociaux et médico-sociaux ».

La CNSA et la mise en œuvre d'enquêtes nationales de coûts dans le secteur médico-social : une disposition législative sans effets ? Une méthodologie qui fait défaut pour préparer la réforme de la tarification des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) !

Dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2010, le Parlement a adopté une disposition confiant à la CNSA la mission de mener des Enquêtes Nationales de Coûts (ENC) sur le secteur médico-social sous sa compétence.

Las, la discussion de la COG (Convention d'Objectifs et de Gestion) avec les administrations centrales n'a rien prévu pour accomplir cette directive législative. Or, la structuration d'une solide Enquête Nationale de Coûts est un préalable indispensable pour

concevoir une réforme de la tarification, comme celle envisagée pour les SSIAD initialement prévue en 2011, puis reportée à 2012. Bien entendu, une enquête a été menée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques (DREES) du ministère, avec des données budgétaires sur les SSIAD fin 2010. Mais sa méthodologie a peu de choses en commun avec une ENC. Qui plus est, il semble que le dispositif électronique de recueil de données budgétaires ait régulièrement enlevé

le signe arithmétique négatif, transformant ainsi en excédent les déficits déclarés par les organismes gestionnaires.

Cette réforme qui vise 100 000 personnes âgées et personnes handicapées prises en charge au quotidien par des SSIAD ne peut être menée dans l'improvisation méthodologique. La FEHAP demande que la compétence de la CNSA soit respectée et mise en œuvre.

Ouvrir la TVA à taux réduit sur les travaux de création et de rénovation de locaux aux Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) et franchir l'obstacle de l'article 40 ?

Dans le cadre de la loi HPST, la FEHAP et l'APAJH ont été heureuses de voir arriver à bon port leurs propositions d'amendement permettant aux structures pour enfants handicapés de bénéficier de la TVA à taux réduit sur leurs travaux de construction ou de mise en sécurité. Ce dispositif venait heureusement compléter les dispositions de la loi, dite « DALO », ayant ouvert ce dispositif de TVA à taux réduit aux seuls maisons de retraite et établissements pour adultes handicapés, publics et Privés Non Lucratifs.

Naturellement, les rares structures sociales et médico-sociales qui demeurent exclues du dispositif de TVA à taux réduit s'interrogent légitimement sur ce qui motive leur exclusion, ainsi les MECS. D'autant que la charge budgétaire globale de cette réduction du taux de TVA est infinitésimale, compte tenu du faible nombre de ces structures comparé aux autres déjà bénéficiaires et, partant, du petit nombre de

leurs opérations de travaux.

De nombreux parlementaires se sont intéressés à ce sujet d'équité fiscale entre structures sociales et médico-sociales, mais leurs propositions n'ont pu être débattues en commission ou en séance du fait de l'objection de l'article 40 (charge nouvelle). L'objection est complètement recevable dans le contexte actuel des finances publiques, mais la minceur du sujet plaide toutefois pour sa recevabilité qui pourrait prendre place dans le cadre de la prochaine Loi de finances rectificative.

Amendement proposé

Après XX, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

I. Le 8 du I de l'article 278 sexies est ainsi rédigé :

« Les livraisons de locaux aux établissements mentionnés aux 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, agissant sans

but lucratif et dont la gestion est désintéressée, de même pour la seule partie des locaux dédiée à l'hébergement s'agissant des établissements mentionnés aux 1^o et 2^o du I du même article L. 312-1, lorsqu'ils hébergent à titre permanent ou temporaire des personnes handicapées, des personnes âgées, ou des mineurs et majeurs de moins de 21 ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 remplissant les critères d'éligibilité au prêt prévu à l'article R. 331-1 du code de la construction et de l'habitation, et que ces locaux font l'objet d'une convention entre le propriétaire ou le gestionnaire des locaux et le représentant de l'Etat dans le département.

II. La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du Code Général des Impôts. »

Quelles sont les positions de la FEHAP sur le financement de la perte d'autonomie ?

La FEHAP a fait montre d'une grande prudence sur ce dossier depuis 2 ans, estimant qu'il valait mieux privilégier une politique d'ajustements progressifs de l'APA ou de la PCH, s'il n'était pas possible de maîtriser les effets indésirables ou inattendus d'une réforme plus large, avec la capacité de dégager des ressources additionnelles de solidarité nationale pour y faire face.

Par ailleurs et sur le sujet de l'introduction d'une composante assurantielle dans le schéma de couverture, la FEHAP estime qu'il est important de garder à l'esprit que notre pays doit faire face à deux mouvements démographiques bien distincts :

- la croissance des personnes âgées de plus de 86 ans, après une phase de décroissance relative liée à l'hémorragie de la Guerre 1914-1918, les naissances ayant redémarré à compter de 1924 ;
- la croissance des personnes âgées du même âge qui peut être anticipé pour 2025-2030, du fait du baby-boom d'après-guerre.

Il est patent que ces deux mouvements ne peuvent être traités de la même manière : il n'est pas possible de demander aux personnes âgées de plus de 86 ans, aujourd'hui, de s'assurer pour leur perte d'autonomie présente ou proche. Le schéma de couverture doit donc intégrer des éléments de solidarité inter-générationnelle réciproque.

Au-delà de ces éléments de cadrage et d'une préférence sémantique pour la « *perte d'autonomie* » plutôt que pour la qualification péjorative de « *dépendance* », la FEHAP est attachée à quelques principes d'ensemble de la réforme à mener :

- une réforme qui doit viser l'universalité du dispositif d'aide à l'autonomie pour les personnes âgées et les personnes handicapées, au-delà des barrières d'âge actuelles (enfants/adultes/per-

sonnes âgées), dans une convergence des dispositifs de pilotage et des règles applicables. Cette égalité de traitement de pertes d'autonomie qui peuvent être comparables dans leur sévérité ou leurs besoins d'accompagnement, n'interdit en rien de tenir compte par ailleurs de capacités contributives différentes : par exemple, entre une personne âgée qui a pu travailler et épargner auparavant, qui dispose de revenus de remplacement et d'un patrimoine, versus une personne handicapée qui a été privée toute sa vie de la possibilité de travailler. Mais il y a lieu aussi de rappeler que des personnes handicapées qui ont travaillé toute leur vie et qui sont victimes d'une incapacité après 60 ans s'indignent à juste titre d'être lourdement pénalisées par un régime social bien moins favorable, par rapport à d'autres personnes handicapées dont la prise en charge a commencé avant 60 ans ;

- par ailleurs, la FEHAP estime qu'il ne serait pas judicieux d'exclure les personnes âgées dont la perte d'autonomie est moyenne ou débutante (GIR 4), au risque de pénaliser le travail de prévention et que surviennent des décompensations évitables et une acutisation de la perte d'autonomie,

- la réforme envisagée doit viser le maintien d'un socle de financement solidaire majoritaire, notamment pour les soins et l'accompagnement : en effet, il n'y a pas de véritable « *rupture conceptuelle ou opérationnelle* » entre des actes de soins et d'accompagnement de la vie quotidienne (toilette, aide à s'alimenter ou s'habiller), qui relèvent en totalité de la solidarité nationale lorsque le besoin est constaté dans le champ sanitaire, et qui n'y figureraient plus dès lors que l'on s'inscrirait dans le champ médico-social ;

- une gestion de proximité qui doit continuer d'associer les Agences Régionales de Santé et les Conseils Généraux, dans

le cadre de la coordination technique nationale de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;

- l'intervention éventuelle des dispositifs assurantiels doit se concentrer là où la solidarité est aujourd'hui totalement absente (le reste à charge en hébergement en maison de retraite), ce qui est aujourd'hui l'essentiel du problème d'accessibilité financière. Il est important que ces éventuels contrats s'inscrivent dans un « *socle commun* » de garanties homogènes. La FEHAP énonce une préférence pour une assurance obligatoire souscrite par tous et sans incitation fiscale, donc très proche d'un financement en prélèvements obligatoires, plutôt qu'une adhésion facultative très délicate à mobiliser aujourd'hui et fort coûteuse en incitation fiscale. Les pouvoirs publics doivent prévoir un dispositif de cantonnement dans les règles prudentielles applicables, pour garantir l'équilibre technique et l'équité inter-générationnelle (très délicat aujourd'hui pour des actuaires de chiffrer la garantie de la perte d'autonomie en 2030, sans antécédents historiques, avec un risque technique de sur-cotisation) ;

- le recours sur succession et sur les obligés alimentaires est concevable concernant les dépenses de gîte et de couvert et à la condition de réévaluer les seuils tels qu'envisagés dans le cadre des rapports parlementaires successifs. Ce sujet s'inscrit plus largement dans le cadre des réflexions autour de la réforme fiscale (augmentation de la CSG acquittée par les retraités pour l'aligner sur celle des actifs ; réflexion sur la fiscalité du patrimoine) et des ressources additionnelles mobilisables pour le financement solidaire (taxe sur les mises des jeux de hasard et d'argent, taxe sur certains contrats d'assurance).

Les statistiques médico-sociales échappent-elles aux dispositions de la Loi du 17 juillet 1978 sur l'accès aux documents administratifs ?

Des statistiques nationales ont été rassemblées sur le fonctionnement des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), mais la FEHAP a été placée dans l'impossibilité depuis deux ans d'accéder à cette base de données. Toutes ses demandes successives sont restées sans réponses de la part de l'administration centrale. Pourtant, les statistiques participent bien des documents administratifs communicables, au titre de la Loi du 17 juillet 1978 : les données demandées ne comportent aucune dimension nominative sur les usagers, ou permettant d'une manière ou d'une autre leur identification.

Cette rétention statistique concerne aussi désormais le secteur des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), avec une enquête nationale menée

au troisième trimestre 2010. L'administration centrale a transmis aux organisations du secteur, dont la FEHAP qui est la première en termes de représentativité des SSIAD, les données brutes de l'enquête. Mais cette transmission a été faite dans une configuration qui empêche tout travail d'analyse sérieux. L'administration centrale a mené par ailleurs des retraitements statistiques de cette enquête, dont elle s'est refusée à transmettre les résultats aux organisations. Ceci va empêcher tout dialogue basé sur l'analyse partagée des bases, puisque celles-ci sont hétérogènes. Par ailleurs, l'identification des structures a été retirée du fichier transmis par l'administration, ce qui ne permet pas aux organisations de contrôler et de rectifier avec les responsables des SSIAD

concernés les incohérences les plus significatives : la plate-forme électronique de déclaration a, par exemple, transformé des déficits saisis par les SSIAD en excédents, faute de prendre en compte le signe arithmétique négatif avant le nombre saisi !

Roselyne Bachelot-Narquin a indiqué aux adhérents de la FEHAP, lors de l'Assemblée Générale du 30 mars 2011, que la demande de communication était « *légitime* ». Cette déclaration est restée sans effets auprès des services jusqu'à présent. La FEHAP propose aux parlementaires d'exercer sur ce sujet leurs prérogatives d'investigation, au titre de leur fonction de contrôle de l'exécutif.