

**LE FINANCEMENT, LES PROBLÈMES LIÉS AU CLOISONNEMENT  
ENTRE LE SANITAIRE ET LE SOCIAL, LA DECENTRALISATION,  
LA DIFFÉRENCE ENTRE LES PERSONNES HANDICAPÉES  
ET  
LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES**

*Par Monsieur Jean-Marc TOURANCHEAU*

*Ministère du Travail et des Affaires Sociales  
Direction de l'Action Sociale  
Sous-Direction de la Réadaptation, de la Vieillesse et de l'Aide Sociale  
Bureau RVI - 7-11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75507 Paris cedex 15*

**1- Le cloisonnement entre le sanitaire et le social**

Il faut aller au-delà de l'analyse de ce cloisonnement car ce n'est pas le seul il y a un cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social d'une part, et comme vous le dites, entre le sanitaire et le social au sens large du terme.

Les raisons de ce cloisonnement sont diverses :

**Une conception désormais très hospitalo-centriste** : la structure sanitaire est conçue comme la clef de voûte du système qui fonctionne en autonomie et parfois en autarcie.

**Une conception de la médecine très organique voire organiciste** : on répare d'abord le corps, en oubliant parfois un peu qu'il n'a de vrai sens que dans des relations sociales.

**L'argent** : schématiquement, le sanitaire relève de la sécurité sociale qui repose sur la solidarité du travail ; le social relève lui de l'État et des collectivités territoriales au travers de l'impôt pour l'essentiel.

Par ailleurs, tout n'est pas négatif dans ce cloisonnement :

c'est précisément parce qu'il a existé que les secteurs social et médico-social ont pu acquérir une véritable identité et une réelle crédibilité.

Toutefois, il faut désormais s'en dégager :

- parce que la société est déjà naturellement centrifuge et qu'il ne faut pas surajouter en créant ou en maintenant des systèmes qui isolent ceux qui sont déjà fragilisés (personnes handicapées ou âgées dépendantes) qui requièrent précisément une cohésion sociale forte ;
- parce que le système actuel répond mal aux besoins des personnes, et le maintien à domicile en est une bonne illustration. En effet, il suppose, en règle générale, des soins qui peuvent être apportés notamment par une structure sanitaire.

Mais on ne peut réduire le maintien à domicile aux soins : il suppose par ailleurs un véritable soutien "logistique" : il faut en effet soutenir la personne handicapée ou âgée et son entourage : par logistique j'entends les aspects matériels mais aussi ceux qui épargnent les difficultés ou les résolvent : je pense plus particulièrement aux services sociaux dont l'importance ne doit pas être négligée et dont le rôle devrait en ce domaine être revalorisé.

- En outre, l'émergence de nouveaux besoins, l'apparition ou le développement de certaines pathologies ont permis de mesurer à quel point l'étanchéité entre le sanitaire et le social pouvait constituer un frein à l'innovation et à la mise en place de programmes réellement adaptés à certaines catégories de population: je pense notamment aux sidéens, aux toxicomanes, aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, aux autistes, aux traumatisés crâniens, aux patients porteurs d'une maladie dégénérative au long cours.

Il apparaît alors impérieux de développer des prises en charge réellement " médico-social ", au sens " étymologique " du terme, où puisse se conjuguer en contrepoint d'un projet de soins un véritable projet de vie.

### **Comment en sortir :**

Il y a plusieurs aspects importants : l'aspect financier n'est pas le moindre. Vous connaissez la situation budgétaire, notamment de l'assurance maladie.

Je voudrais toutefois insister sur l'article 51 de l'ordonnance du 26 avril 1996 qui prévoit que les établissements de santé peuvent créer et gérer des structures prévues par la loi de 1975.

Cette disposition est importante car elle va permettre deux choses essentielles :

D'une part, le rééquilibrage à terme des moyens alloués entre le secteur social et médico-social

D'autre part, on peut ainsi envisager plus concrètement l'idée d'un plateau hospitalier, notamment de proximité, qui puisse servir de support, de " centre ressources, d'un lieu éventuel de coordination " pour favoriser le maintien ou le retour à domicile. J'insiste sur ce dernier point car il me paraît important que dès l'entrée dans une structure, notamment hospitalière, on pense d'ores et déjà à la sortie de la personne accueillie.

Dans ce contexte, ce qui me paraît primordial, ce n'est pas l'identité de la personne morale qui gère une institution ou un service mais la qualité et la pluralité des prestations qui produites.

Mais il est essentiel de veiller à ce que ceci ne se fasse pas au détriment de la qualité des prestations offertes.

Ceci m'amène au deuxième point qui est celui de la formation. Nous ne parviendrons vraiment à décloisonner le sanitaire et le social qu'en réhabilitant le social et le médico-social dans les formations, notamment sanitaires, et tout particulièrement pour la gériatrie.

Il faut aussi développer les tronc communs dans les formations: la pluridisciplinarité et la complémentarité ne se décrètent pas: elles s'apprennent.

## **2 - La décentralisation**

C'est le deuxième axe important des problèmes de financement du maintien à domicile.

Il y a, sur ce thème, depuis quelques mois un débat qui est entamé, mais dont vous vous doutez qu'il est complexe...

Sachant que le principe de 1982 avait été de faire des blocs de compétences homogènes, en évitant les doubles interventions, je vous rappelle succinctement le panorama.

Pour l'accueil en structures :

S'agissant des personnes handicapées :

- CAT : Etat
- MAS: Sécurité Sociale
- Foyer d'hébergement : Département

Le système est à priori simple mais l'émergence des FDT a montré à quel point il pouvait se complexifier rapidement et durablement.

S'agissant des personnes âgées :

- Hébergement: Conseil Général
- Soins : Assurance -maladie

Quid dans ce rapide - et sommaire - descriptif du maintien à domicile ?

On peut constater qu'il n'apparaît pas vraiment en tant que tel dans ce partage des compétences. Pour les personnes handicapées, c'était alors, c'est à dire en 1982, un concept embryonnaire; pour les personnes âgées, on a plus raisonné sur le développement de services de proximité (Téléalarme, portage de repas, etc...) conçus pour des personnes valides et pour l'essentiel créés, et souvent gérés, par les centres communaux d'action sociale.

Nous sommes donc aujourd'hui dans une situation où le maintien à domicile, dont chacun s'accorde à dire qu'il est, pour de nombreuses raisons, la voie de l'avenir, où ce maintien à domicile doit faire l'objet d'éclaircissements et de nouvelles impulsions. Doit-on, pour ce faire, modifier les textes relatifs à la décentralisation ? Doit-on aussi réglementer chaque structure, chaque service, le débat reste ouvert...

Sur ces thèmes de la décentralisation, essentiel pour le devenir de nos politiques sociales, car tout cela tend parfois à s'apparenter au jeu du mistigri, la loi de Février 1995 relative à l'aménagement du territoire prévoyait la révision de la répartition des compétences y compris dans notre secteur. Les services de Monsieur PERBEN y travaillent.

### **3 - Les ressources**

Si les deux premiers points sont complexes, le problème des ressources est redoutable...

Si l'on distingue entre personne handicapée et personne âgée dépendante :

#### **- La personne handicapée peut percevoir**

- Si elle est handicapée à la suite d'un accident, dont l'origine est un tiers responsable identifié soit un capital, soit une rente.

Ceci permet, en relativisant, de faire face aux besoins essentiels du maintien à domicile.

Sans tiers responsable: AAH = 3 400F

+ACTP laquelle selon le degré de dépendance pourra atteindre environ 5 000F

(A noter l'émergence d'une nouvelle forme : l'assurance qui paie elle-même le prix de journée d'une structure qu'elle crée).

- Handicap par autre origine : AAH +ACTP soit un total maximum d'environ 9 000F

#### **- Personne âgée dépendante**

Retraite : elle devient alors parfois un obstacle au versement de l'ACTP.

Minimum vieillesse : 1 400F

+ Allocation supplémentaire = 1 850F

Soit un total d'environ 3 250F

Par ailleurs, la personne âgée dépendante peut percevoir elle aussi l'allocation compensatrice pour un tiers personne, au taux maximum que vous connaissez d'environ 5 000F

Il n'y a donc pas, a priori, et en théorie, d'écart sensible de montant entre les personnes.

- Mais il y a des différences à noter. Ainsi, dans le cas de la personne handicapée de moins de 60 ans, si la personne a une rente viagère, cette dernière s'ajoute à l'AAH, alors qu'elle se retranche de l'allocation supplémentaire.

- Par ailleurs, l'AAH n'est pas récupérable sur succession à l'inverse de l'allocation supplémentaire.

- Enfin, la valorisation des ressources n'est pas la même : pour le minimum vieillesse, l'ensemble des ressources sera pris en compte, alors que pour l'attribution de l'AAH, seules les ressources nettes imposables seront considérées (on ne retiendra donc pas les revenus de l'épargne bénéficiant d'exonérations fiscales).

Je m'en suis tenu au maintien à domicile mais il y a également des disparités si l'on est accueilli en établissement.

Il est très difficile, dès lors, que l'on touche aux ressources de faire évoluer les choses.

Le problème des ressources sera probablement un des points centraux des travaux de groupe de travail annoncé par Monsieur GAYMARD dans le cadre du plan d'action en faveur des personnes handicapées, qui sera présidé par Madame LAROQUE, Présidente de la Fondation de Gérontologie.