



Inspection générale
des affaires sociales
RM2013-033P

Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées

RAPPORT

Établi par

Philippe BLANCHARD, Hélène STROHL-MAFFESOLI, Bruno VINCENT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2013 -

Synthèse

- [1] Dans le cadre de son programme d'activité 2012, l'Inspection générale des affaires sociales a conduit une mission d'évaluation de la politique des aides techniques en direction des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. L'objectif de cette mission est d'éclairer les modalités de prise en charge et d'acquisition des aides techniques pour ces publics dès lors qu'ils vivent à leur domicile.
- [2] Eu égard à l'hétérogénéité et à la quantité d'aides techniques, les investigations de la mission ont été circonscrites aux aides techniques telles qu'elles sont définies au 2° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, à savoir « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel ». La prise en charge des aides techniques au titre de l'élément 2 de la PCH repose sur cette définition. L'absence de définition des aides techniques pour les bénéficiaires de l'APA a incité la mission à retenir, par cohérence, la même définition pour ce public. A titre d'illustration, sont ainsi considérées comme des aides techniques fauteuil roulant, audioprothèse, siège de douche, canne, téléagrandisseur ou encore loupe¹.
- [3] Les aides techniques sont d'un usage très répandu chez les personnes handicapées et chez les personnes âgées dépendantes. Ainsi, la PCH finance des aides techniques pour plus de la moitié² des personnes handicapées et une très grosse majorité des personnes âgées dépendantes ont recours à au moins une aide technique (82% chez les GIR 1 – 2, 73% chez les GIR 3-4).

1. Un pilotage défaillant couplé à des financements éparpillés, des délais de prise en charge longs et des informations limitées données aux usagers

- [4] Le dispositif français de prise en charge des aides techniques aux personnes âgées ou handicapées se distingue de celui d'autres pays européens par la triple distinction qu'il opère entre maladie, handicap et vieillesse avec, pour principales conséquences, une complexité considérable dans la mise en œuvre, des délais de prise en charge particulièrement long et des inégalités de traitement marquées entre des utilisateurs ayant pourtant un besoin comparable de compensation.
- [5] D'un point de vue financier, les enjeux pour les pouvoirs publics sont, en l'état actuel des choses, limités : la part de dépenses des aides techniques représentent à peine plus de 1% de la PCH, la mission arrivant à une estimation comparable pour l'APA. La prise en compte des financements cumulatifs dont bénéficient les personnes handicapées conduit à estimer, qu'en dehors des dépenses prises en charge au titre de l'assurance maladie, les financements publics pour l'acquisition d'aides techniques dont elles bénéficient (cf. PCH, fonds départementaux de compensation, Agefiph...) sont inférieurs à 30 millions d'euros par an.

¹ Les aménagements de logement ne constituent pas des aides techniques dans la mesure où les aides ne peuvent pas être déplacées d'un lieu à un autre par les personnes. Les prothèses oculaires et dentaires n'ont pas non plus été prises en compte du fait de leur spécificité et de leur prise en charge par d'autres canaux que la PCH ou l'APA.

² Estimation faite par la mission au moyen d'un croisement des données de la CNSA sur la répartition des éléments de PCH attribués et des données de la DREES relatives aux nombres de bénéficiaires d'aides humaines.

- [6] L'acteur aujourd'hui le plus concerné est l'assurance maladie dans la mesure où les aides techniques inscrites sur la Liste des Produits et Prestations de Santé (LPPR) représentent en 2012 624 millions d'euros (soit environ 0,3% de l'ONDAM), mais cette dépense ne concerne pas uniquement les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes. En effet, la plus grosse partie de cette dépense concerne les aides au maintien à domicile, en particulier pour les personnes en retour d'hospitalisation.
- [7] Ces divers financements étant répartis entre de multiples organismes³, son poids relatif est trop faible pour chacun d'entre eux pour que les incohérences et la maîtrise des coûts constituent une priorité de réforme.
- [8] Cette situation est d'autant plus dommageable que le dispositif actuel est fragmenté et n'est pas piloté. Le dispositif français distingue deux catégories d'aides pour les personnes handicapées : les dispositifs médicaux, définis par l'article L. 5211-1 du code de la santé publique, qui relèvent du champ des soins d'autonomie et dont la liste et les règles de prise en charge et de financement relèvent de la liste des produits et prestations remboursables de l'assurance maladie ; les aides techniques, définies par l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et de la famille (CASF), qui visent soit à la compensation d'un handicap soit à la prévention d'une perte d'autonomie et dont la liste et les règles de prise en charge et de financement relèvent d'un arrêté du ministre chargé des affaires sociales. Ces deux catégories se recoupent partiellement, une partie des aides techniques étant également dispositifs médicaux. Aucun des acteurs rencontrés par la mission n'a été en mesure de justifier le fondement et la pertinence de la distinction entre aides techniques et dispositifs médicaux.
- [9] Aucune des directions d'administration centrale compétentes (DSS, DGCS, DGCCRF DGCIS) ni aucun de leurs opérateurs (CNSA, CNAMTS) ne revendique le pilotage de ce dispositif dont l'absence de maîtrise des prix et la complexité administrative de mise en œuvre sont des problèmes avant tout pour les départements, les mutuelles et les usagers.
- [10] En effet, l'absence de pilotage couplée à une multiplicité des financements a des conséquences directes sur les services gestionnaires et sur les bénéficiaires. Pour les premiers, la prestation génère des coûts de gestion importants et des risques d'erreurs ; pour les seconds, elle nuit à la qualité du service qui leur est rendu, en particulier dans l'identification de leurs besoins, les délais de mise à disposition des aides et la qualité des aides fournies. Cette situation est d'autant plus problématique que le recours à des compétences spécialisées pour la prescription des aides et pour la préconisation des produits reste rare : si la mobilisation de compétences d'ergothérapie existe, tout en restant insuffisante, dans les MDPH, elle est quasiment inexistante au sein des équipes médico-sociales d'évaluation de l'APA. L'absence d'obligation pour les fournisseurs de faire tester les produits par les usagers, le manque d'information mise à la disposition des bénéficiaires et l'inexistence des contrôles de la qualité des usages après acquisition ne permettent pas non plus de s'assurer que les aides techniques financées répondent au besoin identifié et sont correctement utilisées.

³ Protection sociale (de base et complémentaire), conseils généraux (APA, PCH et fonds départemental de compensation FDC), aides extralégales d'autres niveaux de collectivités en extralégal (centre communaux d'action sociale CCAS, conseils régionaux), action sociales des caisses primaires d'assurance maladie et MSA, Agefiph-FIPHFP, ainsi que potentiellement d'autres financeurs pouvant intervenir sur certains territoires et pas sur d'autres etc.

[11] Il ressort dès lors des travaux de la mission que les personnes handicapées sont, d'une manière générale, fortement solvabilisées sans qu'aucun dispositif fiable ne permette de s'assurer de la maîtrise des coûts et de la qualité du service rendu par les aides. Le reste à charge moyen pour les aides les plus coûteuses (pour lesquelles les personnes handicapées demandent l'intervention du fonds départemental de compensation) est de 12%, des variations certes importantes pouvant exister d'une personne à l'autre. Une telle situation positionne la France de façon atypique par rapport à ses voisins européens pour qui l'acquisition d'aides techniques est soit libre mais faiblement solvabilisée, soit fortement solvabilisée mais très contrainte dans la variété des produits mis à disposition. Les personnes handicapées françaises associent donc une forte liberté de choix et une solvabilisation publique importante sans moyen de s'assurer de l'efficacité et de la pertinence de la dépense.

[12] Les risques d'une telle absence d'encadrement sont illustrés par la mission à travers les problèmes rencontrés autour des audioprothèses. Ce cas illustre le décalage fort qui existe entre les personnes handicapées et les personnes âgées et les effets dommageables de l'absence d'encadrement des prix et des produits : le système actuel de prise en charge des premières est très notablement supérieur à celui des secondes, aussi bien pour la reconnaissance des besoins que pour les dispositifs publics permettant de les couvrir. Les gammes de produits distribués sur le marché français sont nettement plus élevées que ce qui existe à l'étranger, par exemple au Royaume-Uni. C'est pour ce type d'aides que les personnes âgées déclarent leurs besoins en aides techniques les moins bien satisfaits. La France connaît de fait un sous appareillage particulièrement marqué : sur 2,5 à 3 millions de personnes appareillables, à peine un million d'entre elles le sont, le sous appareillage se concentrant sur la population âgée. L'absence de régulation explicite du marché a dès lors conduit la France à une situation de prix élevés et de volume faible, contrairement au Royaume-Uni qui connaît une situation inverse, à niveau global de dépense sensiblement comparable.

2. La nécessité d'une professionnalisation et d'une simplification de la prise en charge des aides techniques à destination des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées

[13] La simplification du dispositif actuel permettra une meilleure maîtrise des dépenses, une diminution des coûts de gestion ainsi qu'une meilleure réponse aux besoins des usagers. Deux scénarii sont évoqués par la mission. Le premier consiste à renforcer le rôle de la sécurité sociale et de l'assurance maladie dans le pilotage et le financement de cette politique tandis que le second spécifie les pistes d'optimisation du système actuel sans refonte d'ensemble du pilotage et du financement.

[14] La mission considère clairement que le premier scénario est préférable au second. En effet, la DSS et la CNAMTS gèrent aujourd'hui déjà les dispositifs médicaux de la LPPR pour lesquels les similarités avec les aides techniques sont grandes (certaines étant même déjà inscrites sur la LPPR). Outre le fait que l'assurance maladie est déjà le principal financeur, elle a les compétences humaines et techniques pour porter une telle politique. Ce scénario nécessitera cependant un renforcement de l'action de la HAS et du CEPS dans le domaine des aides techniques, champ que ces deux organismes ont peu investi jusqu'à ce jour. Les autres acteurs nationaux que sont la DGCS et la CNSA ne paraissent en revanche pas à même d'endosser une telle politique, aussi bien du point de vue de la maîtrise technique du champ (cf. compétences, système d'information,...) que des moyens humains qu'ils sont en mesure de mobiliser.

[15] Malgré cette préférence claire émise par la mission, diverses propositions d'optimisation sont faites pour améliorer l'accès des personnes aux aides techniques dans le cadre du système actuel, notamment par le développement des systèmes d'avances de paiement et la rationalisation du fonctionnement des fonds départementaux de compensation.

[16] La mission préconise de mieux encadrer la formation des prix et la liberté de choix des utilisateurs pour agir aussi bien sur l'offre que sur la demande et ainsi réguler le marché et mieux solvabiliser les usagers.

- [17] Au-delà du scénario retenu pour le pilotage et le financement, plusieurs voies doivent être poursuivies pour améliorer la coordination entre acteurs, la prescription-préconisation des aides ainsi que la réponse aux besoins des usagers. Les deux principales orientations concernent la professionnalisation des prescripteurs et le cas des audioprothèses : pour la première, il apparaît nécessaire d'étendre le recours aux compétences en ergothérapie au sein ou auprès des équipes pluridisciplinaires d'évaluation APA et PCH, afin de mieux identifier les besoins des personnes. Pour la seconde, il est prioritaire d'engager un travail sur les audioprothèses aussi bien sur la nature des produits à prendre en charge, les prix et le niveau de remboursement, l'encadrement des prescriptions et les services rendus aux usagers afin de mieux encadrer les pratiques et de permettre un accès plus large à ce type d'aides.

Sommaire

SYNTHESE	3
1. LE DISPOSITIF FRANÇAIS DE PRISE EN CHARGE DES AIDES TECHNIQUES N'EST PAS MAÎTRISÉ	10
1.1. <i>Une absence de pilotage lourde de conséquences.....</i>	<i>10</i>
1.1.1. Une spécificité française : un système complexe et sans pilote	10
1.1.2. Des conséquences multiples	13
1.2. <i>Des modes de financement inégalitaires et inflationnistes.....</i>	<i>20</i>
1.2.1. Les besoins d'aides techniques des personnes handicapées sont mieux couverts que ceux des personnes âgées dépendantes.	20
1.2.2. La forte solvabilisation des besoins des personnes handicapées fait courir le risque d'une inflation artificielle des prix.....	25
1.3. <i>Le recours insuffisant à des compétences spécialisées et indépendantes nuit à la prescription, à la préconisation et à la mise à disposition des aides techniques.....</i>	<i>29</i>
1.3.1. L'insuffisance des compétences spécialisées en ergothérapie limite l'identification des besoins en aides techniques	29
1.3.2. Le « projet de vie » : une traduction délicate en termes de prescription d'aides techniques en direction des personnes handicapées.....	30
1.3.3. Le manque de référentiels d'aide à la décision fait courir le risque d'acquisition de produits inadaptés	30
1.4. <i>L'information des usagers français est très limitée.....</i>	<i>31</i>
2. SIMPLIFIER POUR MIEUX PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE ET COMPENSER LE HANDICAP	32
2.1. <i>Scénario 1 : structurer un pilotage national autour de la direction de la sécurité sociale et renforcer l'intervention de l'assurance maladie</i>	<i>32</i>
2.1.1. Un pilotage national mieux structuré.....	32
2.1.2. L'action locale de l'Etat doit être réorientée	33
2.1.3. Les capacités d'expertise et de conseil méritent d'être renforcées.....	33
2.1.4. Le système de financement et de gestion peut être notablement simplifié et optimisé autour de l'assurance maladie (scénario n°1): plusieurs actions complémentaires sont aussi possibles	34
2.2. <i>Scénario n°2 : Se limiter à l'optimisation du système actuel</i>	<i>36</i>
2.2.1. Lever les entraves juridiques qui limitent le recours aux aides techniques dans l'APA.....	37
2.2.2. Le recours aux fonds départementaux de compensation doit être optimisé	37
2.3. <i>Autres recommandations</i>	<i>38</i>
2.3.1. Renforcer le soutien aux équipes en charge de la PCH et de l'APA dans la maîtrise des coûts.....	38
2.3.2. Prescription-préconisation : renforcer l'indépendance et l'information des professionnels	39
2.3.3. Améliorer l'usage	41
2.3.4. Mieux informer les usagers	41
2.3.5. Rechercher des voies alternatives de mise à disposition des aides techniques.....	42
2.4. <i>Le cas prioritaire des audioprothèses</i>	<i>42</i>

LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	45
LISTE DES ANNEXES	49
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	51
ANNEXE 2 : LE FINANCEMENT DES AIDES TECHNIQUES AUX PERSONNES HANDICAPEES.....	57
ANNEXE 3 : FINANCEMENT DES AIDES TECHNIQUES AUX PERSONNES AGEES DEPENDANTES	83
ANNEXE 4 : PRESCRIPTION	99
ANNEXE 5 :	113
ANNEXE 6 : DONNEES D'ENSEMBLE SUR L'APA, LA PCH ET L'ACTP.....	114

INTRODUCTION

- [18] Dans le cadre de son programme d'activité 2012, l'Inspection générale des affaires sociales a conduit une mission d'évaluation de la politique des aides techniques en direction des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes.
- [19] Cette mission a été confiée à Philippe BLANCHARD, Hélène STROHL-MAFFESOLI et Bruno VINCENT, membres de l'inspection générale des affaires sociales.
- [20] Elle a pour objectif d'éclairer les modalités de prise en charge et d'acquisition des aides techniques pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes qui vivent à leur domicile.
- [21] La mission a inscrit ses réflexions et recommandations dans le cadre institutionnel de notre pays qui distingue la prise en charge du handicap par la prestation de compensation du handicap (PCH) de la perte d'autonomie due à l'âge par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont les aides techniques ne constituent qu'un élément financièrement modeste.
- [22] Eu égard à l'hétérogénéité et au nombre des aides techniques, la mission a circonscrit ses investigations à celles qui sont mentionnées au 2° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), à savoir « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel ». L'absence de définition des aides techniques pour les ressortissants de l'APA a incité la mission à retenir, par cohérence, la même définition pour ce public.
- [23] La mission a rencontré l'essentiel des responsables des administrations centrales et de leurs opérateurs directement compétents, des associations nationales d'usagers, de professionnels, de distributeurs. Elle s'est également rendue en Haute-Corse, dans la Marne et dans le Val de Marne pour échanger avec les acteurs locaux ; Conseil général et maison départementale du handicap, caisses primaires d'assurance maladie et de la mutualité sociale agricole, agence régionale de santé (ARS) et sa délégation territoriale, direction régionale de la cohésion sociale (DRJSCS) et sa délégation départementale, direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et son unité territoriale, des associations d'usagers.
- [24] Dans une première partie, le présent rapport propose un bilan du système actuel dont il analyse le pilotage et l'organisation, le financement, les méthodes de prescription-préconisation, la satisfaction des attentes des usagers. En raison de leur part croissante et de leur coût, un développement particulier est consacré aux audioprothèses en annexe n° 5.
- [25] Le rapport propose ensuite des pistes d'amélioration, que la mission a pu confronter à l'avis de ses interlocuteurs.

1. LE DISPOSITIF FRANÇAIS DE PRISE EN CHARGE DES AIDES TECHNIQUES N'EST PAS MAÎTRISÉ

1.1. Une absence de pilotage lourde de conséquences

- [26] Le dispositif français de prise en charge des aides techniques (AT) aux personnes âgées ou handicapées se distingue de celui d'autres pays européens par la triple distinction qu'il opère entre maladie, handicap et vieillesse avec, pour principales conséquences, une complexité jugée exceptionnelle par toutes les personnes rencontrées par la mission, des délais dont la longueur n'est pas tolérable et des inégalités de traitement injustifiables pour les utilisateurs.
- [27] Son financement étant réparti entre de multiples organismes, son poids relatif est trop faible pour chacun d'entre eux pour que les incohérences et l'augmentation des coûts constituent une priorité de réforme.
- [28] L'Etat lui-même est loin d'adopter une position très volontariste, tant en raison de ses propres cloisonnements (cf. infra organisation), que des ressources humaines respectives à chaque service concerné, très insuffisantes au regard de la technicité et de l'importance de ses responsabilités, et d'une position généralement prudente vis-à-vis des intérêts économiques en jeu. Il a pour sa part limité les risques de dérive de sa participation financière directe : en effet, les recettes affectées (CSA et CSG) et les modalités de calcul limitent son engagement, l'Etat a par ailleurs interrompu ses subventions aux fonds départementaux de compensation de 2009 à 2011 et il a gelé, de fait, les tarifs et taux de prise en charge en renonçant à les mettre à jour depuis 2008.
- [29] Cette situation est en revanche profitable aux fabricants et distributeurs qui jouissent d'une liberté de manœuvre bien plus grande que dans les autres pays européens objets de l'étude Alcimed 2009 de la CNSA. C'est donc très logiquement que les prix de ces équipements ou fournitures sont sensiblement supérieurs dans notre pays, comme le montrent nos analyses sur les audioprothèses. Cette particularité paraît à la mission constituer un point essentiel de l'amélioration à apporter au dispositif français.

1.1.1. Une spécificité française : un système complexe et sans pilote

1.1.1.1. Un système complexe qui distingue plusieurs catégories d'aides techniques

- [30] Les définitions internationales ou européennes ne retiennent qu'une seule catégorie d'« aides techniques » (selon l'organisation mondiale de la Santé, OMS ; « Une aide technique peut être définie comme « tout instrument, appareil, équipement ou produit, acheté dans le commerce, modifié ou personnalisé, qui sert à accroître, maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles d'une personne ») ou de « dispositifs médicaux » (Directive 93/42/CEE; « « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article, seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à des fins de :
- diagnostic, prévention, contrôle, traitement ou atténuation d'une maladie
 - diagnostic, contrôle, traitement, atténuation, compensation d'une blessure ou d'un handicap
 - étude, remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique
 - maîtrise de la conception... ».
- [31] Ces « aides » ou « dispositifs » ont vocation à répondre aux besoins de toutes les catégories de la population, sans considération de statut (maladie, invalidité, handicap, dépendance etc.).
- [32] Le dispositif français distingue quant à lui deux catégories : les dispositifs médicaux qui relèvent du champ des soins et, pour les seules personnes handicapées, les aides techniques qui visent à la compensation d'un handicap.

- **Les dispositifs médicaux (DM) sont définis par l'article L. 5211-1 du code de la santé publique**

[33] « On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs. »

[34] La liste de ces dispositifs, les règles de leur prise en charge et de leur financement (tarifs de responsabilité, taux de participation) relèvent du ministre chargé de la sécurité sociale (liste des produits et prestations remboursables, LPPR, organisée en quatre titres, dont le I et le II recouvrent certaines AT PCH). Les tarifs actuels de la plupart des AT/DM sont très éloignés des prix pratiqués par le marché (cf. infra 1.2 et annexe audioprothèses). Ce décalage est compensé pour certaines catégories d'utilisateurs par les financements complémentaires auxquels ils sont éligibles (cf. infra 1.1.2.2).

[35] Sont ainsi inscrits sur la LPPR les fauteuils roulants, les prothèses auditives, les lits élévateurs, les coussins et matelas anti-escarres, les cannes ou déambulateurs.

- **L'aide technique (AT) est définie par l'annexe 2-5 du CASF / PCH**

[36] Elle est définie comme : « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel.

[37] Les équipements qui concourent à l'aménagement du logement ou du véhicule ainsi que les produits consommables liés au handicap sont pris en compte respectivement dans les 3e et 4e éléments de la prestation de compensation ». Ces aménagements ne sont donc pas considérés comme des aides techniques au sens du CASF.

[38] La liste de ces dispositifs, les règles de leur prise en charge et de leur financement relèvent d'un arrêté du ministre chargé des affaires sociales. A titre d'illustration, sont ainsi considérées comme des aides techniques les siège de douche, les télé-agrandisseurs ou loupes, les aides à la manipulation de produits.

[39] Pour simplifier les choses, une petite partie des aides techniques sont également dispositifs médicaux. Sont notamment des aides techniques en même temps que des dispositifs médicaux, les audioprothèses, les déambulateurs, les fauteuils roulants, les lits médicalisés ou les matériels anti-escarres. Sur environ 10 000 aides techniques, 250 sont aussi inscrites en LPPR.

[40] Le fondement de la distinction entre aides techniques (AT) et dispositifs médicaux (DM) n'apparaît pas d'évidence aux acteurs du dispositif et ce d'autant moins que les informations objectives qui pourraient fonder cette discrimination sont rares ou absentes.

Graphique 1 : La répartition des aides techniques entre la LPPR et la PCH



Source : CNSA, Comité compensation du 23 avril 2012

- [41] Il n'y a pas de définition des aides techniques pour l'APA bien qu'elles soient parfois prises en charge dans les plans d'aide.

1.1.1.2. Un dispositif sans pilote national

- [42] Le ministre de la santé (direction générale de la santé, DGS) et de la sécurité sociale (direction de la sécurité sociale, DSS) est en charge des « dispositifs médicaux » dont la partie commune aux « aides techniques » s'inscrit dans un contexte général de maîtrise des dépenses de santé. Pour autant, on assiste à la progression générale des DM, dont la partie commune avec la PCH représente le principal facteur d'augmentation.

- [43] Le ministre en charge des personnes handicapées (direction générale de la cohésion sociale, DGCS) est responsable des « aides techniques » (AT) dont il arrête la liste et les tarifs pour la prise en charge au titre de la PCH. Le contexte est là aussi à la maîtrise des coûts au regard de la croissance de la PCH et de l'APA. Actuellement la DGCS estime n'avoir ni les effectifs ni les compétences pour accomplir cette mission. L'arrêté PCH (première publication le 28 décembre 2005, deux mises à jour, les 27 décembre 2007 et 18 juillet 2008) n'a pas été réactualisé depuis quatre ans et la DGCS ne s'estime pas en mesure de le faire dans un avenir prévisible. La CNSA, son opérateur dans ce périmètre de compétences, n'est pas d'avantage en situation de l'appuyer, encore moins de piloter par délégation (cf. infra).

- [44] Les aides aux producteurs et distributeurs relèvent de la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services, DGCIS, commune aux ministères du redressement productif et de l'artisanat, du commerce et du tourisme. La régulation de la concurrence revient à la direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes, DGCCRF, du ministère de l'économie et des finances, qui dispose aussi d'un centre national de référence santé à domicile et autonomie.

- [45] La coordination du comité interministériel du handicap (CIH) en ce domaine est inexistante.

- [46] **Aucune direction d'administration centrale ni aucun de leurs opérateurs ne revendique le pilotage national de ce dispositif dont l'absence de maîtrise des prix et la complexité administrative de mise en œuvre sont des problèmes avant tout pour les départements, les mutuelles et les usagers.**

1.1.2. Des conséquences multiples

1.1.2.1. Les services déconcentrés de l'Etat ne sont pas en mesure de garantir le bon fonctionnement d'un dispositif porté localement par les MDPH et les Conseils généraux.

- [47] Quatre services déconcentrés de l'Etat (délégué territorial de l'ARS/DT, DGCS/DDCSPP, chef d'unité territoriale de la DIRECCTE, inspection académique) participent, avec une implication très variable selon les départements, à la commission exécutive (COMEX) qui arrête les orientations de la MDPH, à la commission départementale du handicap (CDAPH) qui prend formellement les décisions d'attribution des AT/DM sur avis de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation ainsi qu'au fonds de compensation (FDC) qui permet de limiter les restes à charge (RAC) laissés aux usager par les financements « de base »⁴.
- [48] Les contributeurs potentiels au FDC sont le département, l'Etat, les autres collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les organismes régis par le code de la mutualité et les autres personnes morales concernées. Selon le fonctionnement des fonds, l'intervention d'autres financeurs est coordonnée par le FDC comme pour l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) et le fonds pour l'insertion des personnes en situation de handicap dans la fonction publique (FIPHFP).
- [49] La participation réelle est très différente d'un département à l'autre, l'Île de France se caractérisant par la contribution de presque tous les échelons de collectivités territoriales, des CCAS au conseil régional. La participation au FDC étant en principe liée à une cotisation à ce fonds, l'Etat qui a arrêté ses financements entre 2009 et 2010 n'aurait pas logiquement dû y siéger pendant cette période. En réalité il a toujours été présent dans beaucoup de départements, au moins dans les trois que la mission a visités et où elle a pu vérifier que nombreux (agents d'exécution de l'Etat participant à ces commissions, associations et partenaires sociaux notamment) sont ceux qui sont attachés à cette présence « arbitrale » entre des intérêts parfois contradictoires.
- [50] Cette collaboration apparaît en revanche nettement illusoire aux responsables régionaux et départementaux de l'Etat comme des conseils généraux rencontrés par la mission, qui sont unanimes à prôner sa disparition au profit d'un contrôle a posteriori renforcé. Les agents de l'Etat ne disposent pas des compétences techniques pour apprécier du bien-fondé des décisions. Ils ne sont pas toujours informés suffisamment en amont pour préparer leurs avis⁵. Par leur présence, ils peuvent être amenés à « valider » des décisions contestables, voire illégales qu'ils n'ont pas pu ou su détecter.
- [51] Beaucoup prônent aussi un désengagement de l'Etat de la commission départementale de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), pour les mêmes raisons que celles évoquées pour le FDC, a fortiori si l'allocation pour les adultes handicapés (AAH) venait à être décentralisée. En revanche, il semble nécessaire à la mission qu'un représentant de l'Etat continue à participer au Comex et que les différents services de l'Etat concernés arrêtent une position et une représentation commune de ses intérêts. La mission a en effet constaté que leur présence était très aléatoire et qu'il n'y pas de concertation entre eux.

⁴ La circulaire DGCS du 19 mai 2006 précise que le fonds doit apporter aux bénéficiaires de la prestation de compensation une aide financière afin que les frais de compensation restant à leur charge ne puissent, dans la limite des tarifs et montants de cette prestation, excéder 10% de leurs ressources nettes d'impôts. L'adoption d'une telle disposition par le biais d'une circulaire n'est sans doute pas le véhicule juridique le plus pertinent dans la mesure où les collectivités et les caisses sont aussi des acteurs des fonds.

⁵ A Bastia, les agents de l'Etat découvrent les dossiers en séance mais n'ont jamais protesté contre ce procédé qui leur ôte toute chance de contrôle ou d'appréciation.

- [52] Dans la pratique, la constitution des dossiers et la validation des demandes relèvent des équipes de la MDPH pour la PCH et des équipes du Conseil général pour l'APA. L'Etat, lorsqu'il participe aux différentes commissions, est rarement au fait des dossiers individuels et ne remplit pas le rôle de garant de l'application de la légalité et d'une certaine équité que les différents acteurs lui prêtent.

1.1.2.2. Des montages financiers complexes et longs

- [53] Pour les usagers comme pour les services instructeurs, le remboursement des AT/DM s'apparente à un « mécano », à une fusée à étages ou à un puzzle selon les termes employés par la littérature spécialisée comme par les gestionnaires et les usagers rencontrés par la mission.
- [54] La prise en charge des personnes âgées dépendantes et handicapées fait intervenir une multiplicité de financeurs sans qu'aucun n'ait de vision d'ensemble : protection sociale (de base et complémentaire), conseils généraux (APA, PCH et fonds départemental de compensation FDC), aides extralégales d'autres niveaux de collectivités en extralégal (centre communaux d'action sociale CCAS, conseils régionaux), action sociales des caisses primaires d'assurance maladie et MSA, Agefiph-FIPHFP, ainsi que potentiellement d'autres financeurs pouvant intervenir sur certains territoires et pas sur d'autres (cf. pour le détail des financements aux personnes handicapées et aux personnes âgées les annexes n° 2 et n° 3).
- [55] En additionnant les cofinancements de la protection sociale (de base et complémentaire), ceux de la prise en charge du handicap (légale, prestation de compensation du handicap PCH, et extra légale, fonds départemental de compensation, FDC et action sociale des caisses) et la participation des usagers, on doit distinguer (au moins) sept étapes dans la couverture du coût des aides techniques acquises par les personnes handicapées, chaque contributeur appliquant des règles différentes d'éligibilité, de tarifs, de paiement etc. Chaque organisme contributeur retraçant ses dépenses de manière non consolidable, il est très difficile d'approcher par ce biais la dépense totale de prise en charge des aides techniques. En l'absence d'acteur national coordonnant les informations, la mission n'a pas été en mesure d'évaluer la dépense publique globale associée aux aides techniques des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.
- [56] Le principal financeur actuel est, de très loin, l'assurance maladie : elle finance en 2012 624 millions d'euros d'aides techniques (tous publics) alors que les estimations de la mission pour les dépenses hors assurance maladie en direction des personnes âgées dépendantes et handicapées ne représentent que quelques dizaines de millions d'euros. Pour le PCH et l'APA, les aides techniques représentent un faible pourcentage de l'ensemble de la dépense (cf. infra 1.2 et annexes PCH et APA). Pour autant, même si la dépense est relativement modeste, la PCH finance des aides techniques pour plus de la moitié des personnes handicapées et une très grosse majorité des personnes âgées dépendantes ont recours à au moins une aide technique (82% chez les GIR 1 – 2, 73% chez les GIR 3-4) cf. infra).

Tableau 1 : Les principaux financements AT/DM pour les personnes handicapées

CNAMTS	Remboursements sur la base des tarifs LPPR. 624 M€ en 2012 pour tous publics.
PCH (CNSA + CG)	Remboursement de la différence entre tarifs LPPR et arrêté PCH pour certaines AT, remboursement tarifs PCH pour les autres. Un peu plus d'1% de la PCH, soit 18,1 millions d'euros en 2011
Assurances et mutuelles complémentaires, pour les personnes ayant souscrit un contrat.	Montant variable selon le contrat souscrit. Participation totale estimée entre 5% à 15% du coût total des AT/DM de l'APA-PCH ⁶ .
AGEFIPH (pour les personnes handicapées en emploi, secteur privé) et FIPH (idem, fonction publique)	6,6 millions d'euros en 2011
Fonds départemental de compensation (FDC) ; CG, CPAM, CCAS, CR etc. extralégal	Nombre de financeurs et montant de leur participation très inégale selon les départements. Règles d'attribution propres à chaque FDC (règlement intérieur) et à chaque membre du FDC. Financement total de 9,5 millions d'euros en 2011, moyenne de 16 % à 75 % du coût des aides.
Reste à charge (RAC)	Moyenne de 12% du coût des aides selon la CNSA

Source : CNSA, direction de la compensation

Tableau 2 : Les principaux financements pour les bénéficiaires de l'APA

CNAMTS	LPPR
Assurances/mutuelles	Selon contrat souscrit
APA (CNSA, conseil général)	Selon les capacités de financement du plan d'aide.
Aides extra légales des collectivités (ex téléalarme)	Variable selon les territoires
Budget d'action sociale des autres caisses CPAM, CAF, MSA	Budgets arrêtés par les caisses nationales. Montants des aides et conditions définis par le règlement intérieur des caisses locales
RAC	Inconnu

Source : CNSA, direction de la compensation

- [57] Selon la situation individuelle du demandeur et selon le département où il réside, son reste à charge (RAC) peut être nul ou très important au terme de ce long processus d'appel à financement (cf. infra).

⁶ Selon une étude DREES de février 2009 relative aux complémentaires santé, la participation moyenne des organismes de protection sociale complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) pour les prothèses auditives numériques (prix de référence de 1 500 €) de l'ensemble de leurs clients était de 696,2 € pour les contrats individuels, à comparer aux 199,71 € de l'assurance maladie

- [58] La consolidation des dossiers en MDPH et au fonds départemental de compensation (FDC) permet de connaître l'ensemble des contributions et d'éviter le sur ou le sous financement d'une demande, à l'exception notable des indemnisations par les assurances privées dans le cas notamment d'accidents. Même si les associations d'usagers rencontrées par la mission étaient peu favorables à une intégration des indemnisations d'assurance dans le plan de financement des AT/DM, cette exception, qui n'a pas de justification, ne devrait plus être acceptée.

1.1.2.3. Faiblesse de l'expertise/conseil/avis

- **L'investissement insuffisant de la HAS et du CEPS**

- [59] Pour les AT/DM inscrits à la LPPR, la haute autorité de santé (HAS) conduit des évaluations du bénéfice attendu pour la santé et formule des avis. Elle en a produit très peu dans ce domaine. Elle n'a pas de qualification en interne pour évaluer ces produits et doit recourir à l'expertise externe. Il y a très peu de littérature scientifique par ailleurs. Elle n'invite ni ergothérapeutes ni travailleurs sociaux expérimentés dans ses groupes de travail. Eu égard au faible nombre de personnes concernées dans chaque pays, l'HAS milite pour un système européen d'évaluation des AT/DM.
- [60] La coordination avec le CEPS (cf. infra) ne s'impose pas naturellement. Son avis sur les audioprothèses d'avril 2008 n'ayant pas été encore mis en œuvre, l'HAS a arrêté de formuler des recommandations sur les AT/DM, dont le délai de mise en œuvre peut dépasser les dix-huit mois dans l'attente de la prise de position par le comité.
- [61] Au vu des avis de l'HAS, le comité économique des produits de santé (CEPS), section des dispositifs médicaux, propose aux ministres l'inscription de certains AT/DM sur la LPPR, donne un avis de fixation du tarif et, le cas échéant, peut signer un accord cadre avec un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (cf. schéma en annexe 1). Le comité estime lui aussi ne pas disposer de la ressource humaine nécessaire pour cette mission : la section Dispositifs médicaux du CEPS dispose à ce jour de 4,3 agents en équivalent temps plein pour l'ensemble des DM et de peu de compétences techniques spécifiques au champ des aides techniques.

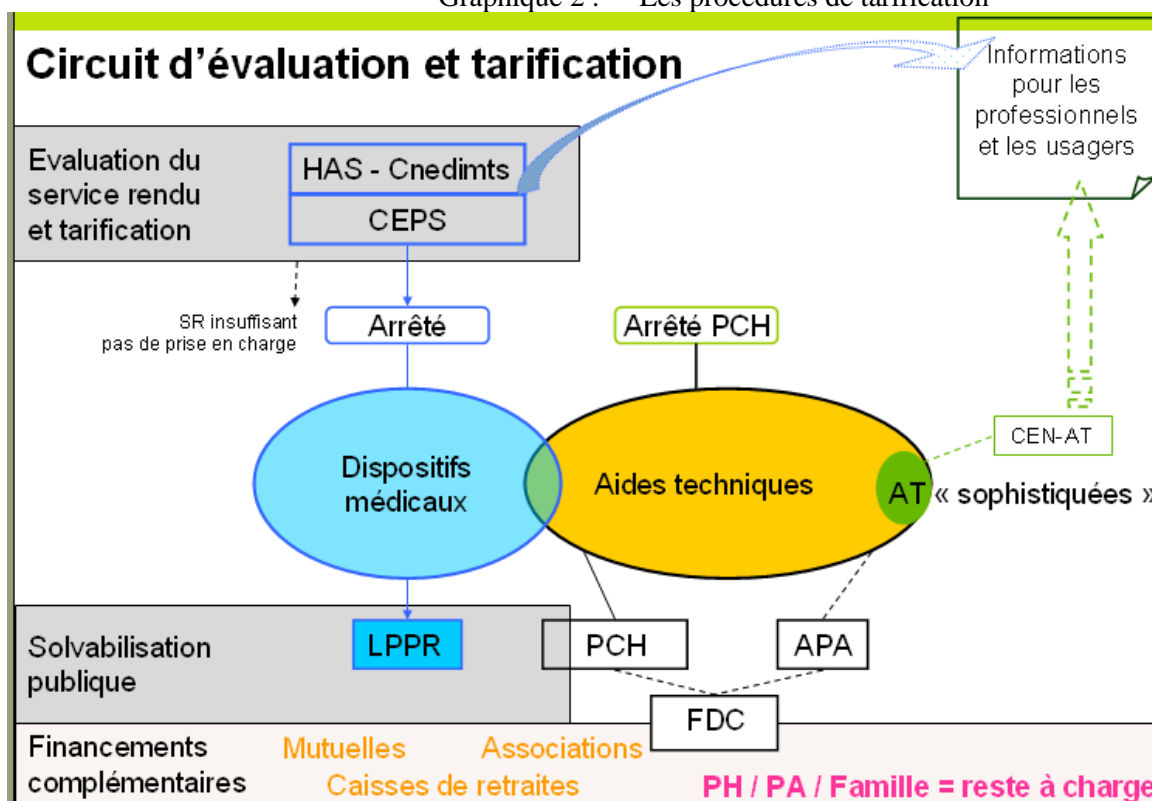
- **La CNSA peine à remplir son rôle d'information et d'expertise**

- [62] Pour les autres AT, la CNSA est réputée informer et conseiller les ministres comme d'autres acteurs, notamment les conseils généraux et les MDPH, ainsi que les usagers.
- [63] De manière générale, comme l'ont bien montré plusieurs rapports de l'IGAS, elle a beaucoup de difficulté à faire remonter une information complète et consolidable des CG/MDPH et la mission a pu constater que le domaine des AT/DM est particulièrement mal maîtrisé et peu fiable.

[64] Comme la haute autorité et le comité, la caisse déplore le manque d'effectifs et de qualification pour répondre aux besoins. L'ergothérapeute de la caisse a précisé à la mission qu'il n'y a aucune évaluation médico-technique ni médico-économique sur les AT non inscrits à la LPPR, que la grande majorité des informations ont une provenance commerciale⁷ et qu'il est difficile de fixer des tarifs cohérents dans ce contexte. La nouvelle COG entre l'Etat et la CNSA pour 2012-2015 ne met pas plus l'accent sur les aides techniques que la précédente, aucun des sept objectifs prioritaires de la COG ne portant sur cette problématique. Tout au plus prévoit-elle que « l'Etat organise une réflexion destinée à proposer, à l'horizon de la COG (2015) un dispositif chargé d'évaluer la qualité du service rendu par les aides techniques »

[65] La tentative de disposer d'un outil d'information fiable a tourné court. L'observatoire du marché et des prix des aides techniques créé en 2007 a déjà renoncé à créer un tableau de bord actualisé en raison du refus de transmissions des informations par les fabricants et distributeurs, d'une part, et de la lourdeur de mise à jour d'une liste de produits sans périmètre défini et en perpétuelle évolution technique et commerciale d'autre part. L'observatoire se limite désormais à des travaux ponctuels qui s'ajoutent à ceux d'autres instances⁸ d'associations, de groupes professionnels etc. Sa principale utilité est de continuer à constituer un lieu d'échange entre les multiples acteurs du domaine (cf. supra et infra). La mission constate néanmoins que par rapport à la faible ampleur du service rendu par l'observatoire, on peut considérer que son coût de fonctionnement est trop élevé, notamment en frais de déplacements de ses membres. Une utilisation des nouvelles technologies de communication permettrait de mieux ajuster coût et utilité.

Graphique 2 : Les procédures de tarification



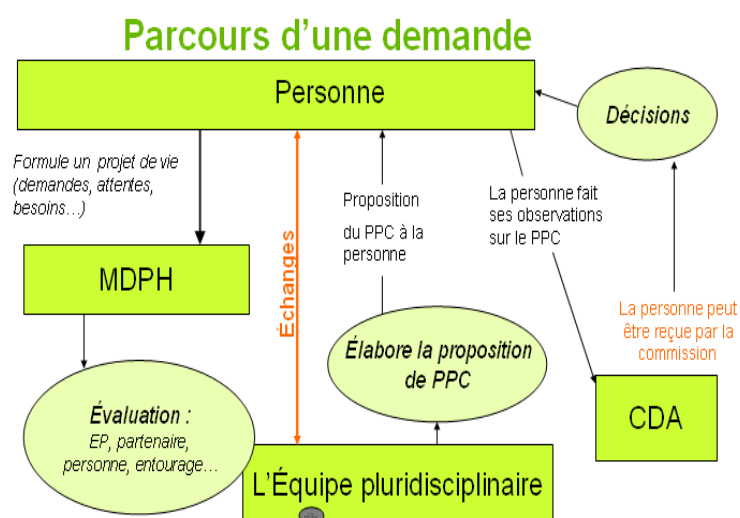
Source : CNSA

⁷ A noter tout de même, le portail d'informations principalement orienté sur les aides à la mobilité, Ceratec, porté par le CERAH (Centre Etude et Recherche sur Appareillage des Handicapés).

⁸ Des études, recherches et collectes de données sont aussi produites par l'institut national de la statistique et des études économiques, INSEE, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES, l'institut national de la consommation, INC, divers laboratoires dans le cadre des procédures de l'agence nationale de la recherche, ANR, le centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés, CERAH etc.

- [66] Au total, le processus d'autorisation/certification des AT/DM n'est pas en mesure de répondre, ni quantitativement, ni qualitativement, aux besoins, principalement par manque de moyens de ressource humaine.
- 1.1.2.4. Les acteurs locaux chargés de l'attribution des aides et de leur cofinancement peinent à assumer une gestion très lourde
- [67] Plusieurs MDPH et Conseils généraux s'inquiètent de l'augmentation d'une demande non maîtrisée.
- [68] Les modes d'organisation et les procédures varient d'un département à l'autre selon le degré d'intégration entre la MDPH et le conseil général. Cela n'est pas sans conséquences pour les coûts de gestion et pour les délais de traitement des demandes d'aides techniques, comme la mission a pu le vérifier dans deux départements ayant opté pour des modèles opposés. Le Val de Marne respecte l'indépendance relative de la MDPH dont il fournit l'essentiel des moyens et applique scrupuleusement la réglementation, mais a des délais de traitement importants. La Haute Corse a réuni toutes les compétences sous un même directeur et, situation encore trop rare à l'échelle nationale, a ramené les délais proches des quatre mois, délai au-delà duquel le CASF (article R. 241-33) prévoit que le silence de la CDAPH vaut rejet. Il y est parvenu en pratiquant un déplafonnement systématique et général des tarifs de la PCH, alors qu'il n'est prévu qu'à titre exceptionnel.
- [69] En revanche, tous les départements sont confrontés également à la complexité et à la technicité de leurs missions d'évaluation de la situation des personnes, d'élaboration de leur plan d'aide, de montage financier et de paiement. L'ensemble du processus MDPH-conseil général mobilise des effectifs importants et qualifiés (même si les compétences déployées ne sont pas toujours les bonnes, cf. infra). La gestion administrative des aides techniques est lourde pour un enjeu financier peu important à l'échelle du département en comparaison des aides humaines.
- [70] Selon la directrice des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées d'un département visité par la mission, « il faut au moins six mois pour qu'un agent nouveau soit autonome sur le traitement administratif des aides techniques car c'est extrêmement compliqué ». Cela apparaît d'évidence lorsque l'on consolide les procédures MDPH et FDC.

Graphique 3 : La procédure d'instruction MDPH



Source : CNSA

1.1.2.5. Pour les usagers, cette complexité a un prix en termes de démarches et de délais

- [71] Pour une même demande, les personnes handicapées peuvent devoir remplir trois dossiers (un pour la MDPH, un autre pour la PCH, un troisième pour demander d'intervention du FDC), voire d'avantage (dossier Agefiph pour les salariés etc.). Sachant que la complétude de ces informations nombreuses et en partie redondantes est requise dans la majorité des départements avant d'enclencher les procédures, on comprend que l'étude de l'Association française contre les myopathies (AFM) de 2011 considère que « le financement des aides techniques est un véritable parcours d'obstacles ».
- [72] S'agissant des délais, leur perception est sensiblement différente pour les utilisateurs, qui estiment le délai à compter de la date de leur première démarche jusqu'à celle de la disposition effective de l'aide technique, et pour les services instructeurs qui le calculent le plus souvent à partir du moment où ils sont saisis d'un dossier complet, cette opération pouvant prendre de quelques jours à plusieurs mois, jusqu'à celle du mandatement. Les quelques données officielles disponibles ne recouvrent donc que très partiellement le temps de l'utilisateur.
- [73] Les durées moyennes dissimulent des écarts importants selon qu'il s'agit d'un renouvellement, traité plus rapidement, ou d'une première demande. Ils sont aussi très variables selon les moyens et les procédures des CG/MDPH. Les dossiers sont rarement instruits selon un ordre construit en fonction de la situation des personnes. Ils sont en principe traités par ordre d'inscription.
- [74] Pour les personnes handicapées, les délais sont constitués par l'enchaînement des procédures MDPH-PCH puis FDC. La CNSA les évalue à six mois et demi en moyenne en 2010 dans son rapport d'activité.
- [75] Comme évoqué supra, la mission a constaté que ces délais varient de moins de quatre mois en Haute Corse, grâce à une interprétation très souple des textes relatifs à la PCH, à un an dans la Marne et parfois plus de dix-huit mois dans le Val de Marne : ainsi, dans ce département, 44% des dossiers sont traités dans un délai supérieur à un an (ce délai ne courant qu'à compter de la complétude du dossier et non du dépôt de la demande).
- [76] Dans ce département, le droit à la prise en charge sera ouvert si l'acquisition du bien est intervenue après le dépôt d'un dossier même incomplet auprès de la MDPH, mais le paiement ne se fait qu'à réception d'un dossier complet. Il faudra alors compter deux mois pour le virement des sommes concernées au bénéficiaire ou quatre à six mois pour les paiements directs au fournisseur. Le bénéficiaire peut obtenir l'aide technique tout de suite en faisant l'avance du paiement, ce qui introduit une inégalité importante selon les capacités financières des personnes.

Tableau 3 : Les délais calculés entre le dépôt de la demande et le paiement de la PCH au Conseil général du Val de Marne

Délai	Nombre de bénéficiaires	%
Moins de 6 mois	103	9,5%
De 6 mois à 1 an	501	46,4%
De 1 an à 18 mois	336	31,1%
De 18 mois à 2 ans	84	7,8%
2 ans et plus	56	5,2%
Total général	1080	100,0%

Source : Conseil général du Val de Marne 2012

- [77] Pour les personnes âgées dépendantes, les délais sont plus courts puisqu'il n'y a qu'une seule commission d'attribution (il n'existe pas l'équivalent du FDC pour les personnes âgées dépendantes) et que la législation est nettement moins complexe. Dans le même département, les délais moyens d'instruction ont été de 88 jours en 2011, en stabilité par rapport à l'année 2010.
- [78] Les associations rencontrées par la mission jugent ces délais bien trop longs par rapport à l'évolution de l'état de santé des personnes âgées. Il arrive qu'ils soient supérieurs à la durée de validité des devis.
- [79] Enfin, comme d'autres acteurs essentiels du dispositif, les responsables départementaux rencontrés par la mission déplorent leurs difficultés à s'attacher les compétences techniques indispensables. Une seule MDPH en France, le Val de Marne, dispose d'une ergothérapeute spécialisée dans les déficiences auditives et visuelles. Les MDPH n'ont pas la capacité technique de prescrire ni de juger les devis pour bon nombre d'aides techniques. Leur expertise du handicap et de la perte d'autonomie permet, aux prix de coûts de gestion importants, d'attribuer un financement, mais n'apporte que peu de garantie quant à l'identification des besoins des personnes et au jugement porté sur la pertinence des devis proposés par les usagers, aussi bien techniquement que financièrement (cf. infra).

1.2. Des modes de financement inégaux et inflationnistes

1.2.1. Les besoins d'aides techniques des personnes handicapées sont mieux couverts que ceux des personnes âgées dépendantes.

- 1.2.1.1. Le financement universel de l'assurance maladie ne concerne qu'un nombre restreint de produits aux tarifs très inférieurs à la réalité du marché.

- [80] L'assurance maladie n'intervient dans le financement que pour les produits inscrits sur la LPPR en tant que dispositifs médicaux au titre de l'article L165-1 du code de la sécurité sociale. Ils représentent moins de 3% du nombre des aides techniques⁹. Ils sont payés aux assurés sur la base d'un tarif de responsabilité. Selon sa situation, l'acquéreur se verra appliquer un taux de remboursement allant de 60% jusqu'à 100%¹⁰ du prix plafond retenu par la LPPR.
- [81] Selon les produits, ce tarif administratif est plus ou moins éloigné des prix du marché.
- [82] A titre d'exemple, le prix plafond d'une audioprothèse pour les personnes de plus de 20 ans est de 199,71 euros pour une oreille et le taux de remboursement de 60%. Dans ce cas l'assurance maladie finance 60% des 199,71 euros, soit 119,83 euros. Si la personne relève d'une affection de longue durée (ALD), le taux est alors de 100%. Même dans ce dernier cas, pour des appareils dont la fourchette de prix de vente peut aller de 400 jusqu'à plus de 2500 euros pour l'appareil d'une oreille, le reste à charge (RAC) demeure élevé pour tous les utilisateurs.
- [83] Pour l'assurance maladie, le financement des aides techniques qui sont inscrites à la LPPR représente des montants faibles au regard de l'ONDAM : en effet, en 2012, il était de 624 millions d'euros. En 2009, la dépense pour ces aides techniques ne représentait que 0,3% de l'ONDAM. Or, cette dépense de l'assurance maladie ne concerne pas uniquement les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, mais aussi d'autres publics comme les personnes, ni dépendantes ni handicapées, de retour à domicile après hospitalisation. On relèvera cependant le dynamisme de cette dépense qui a augmenté de 12,1% entre 2009 et 2012.

⁹ En l'état des données dont dispose l'assurance maladie, la mission n'est pas en mesure de savoir quelle est la part de dépense de l'assurance maladie qui va en direction des personnes handicapées.

¹⁰ Il existe différentes situations où ce taux peut être supérieur, comme par exemple pour les traitements d'une affection de longue durée (ALD) ou pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité où ce taux est de 100%.

Tableau 4 : Le coût des aides techniques pour l'assurance maladie (personnes âgées dépendantes, handicapées et autres)

	Nombre d'aides techniques différentes octroyés dans l'année	Montants de dépenses sur l'année pour l'assurance maladie	Prix payé total (assurance maladie+bénéf.)	Prix moyen des aides	Reste à charge moyen pour l'utilisateur	Nombre de bénéficiaires différents dans l'année
2009	20 928 683	548 574 074 €	1 176 699 622 €	56 €	30 €	1 771 039
2010	23 335 074	567 082 124 €	1 276 841 632 €	55 €	30 €	1 962 691
2011	25 591 040	590 165 749 €	1 406 727 705 €	55 €	32 €	2 097 640
2012	26 923 642	624 111 362 €	1 449 411 459 €	54 €	31 €	2 132 289

Source : CNAMTS, champ Tous régimes, France entière

1.2.1.2. Les prestations légales PCH et APA consacrées aux aides techniques complètent majeure en partie le besoin de financement des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes

- [84] Plus de la moitié des 164 000 personnes handicapées¹¹ et plus des trois quarts des 1,2 million de personnes âgées dépendantes¹² ont recours à des aides techniques. Cependant, dans le cas des premières, les aides utilisées ont majoritairement été acquises par le biais de la PCH tandis que pour les personnes âgées dépendantes il est plus rare qu'elles aient été financées par l'APA.
- [85] Comme évoqué supra 1.1, l'article L. 245-3 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prévoit la prise en charge par la PCH de différents éléments de compensation (aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule, charges spécifiques et exceptionnelles et aides animalières), ce qui est une nouveauté par rapport à l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) qui était orientée principalement vers l'aide humaine.
- [86] Pour les personnes handicapées, les aides techniques concernées sont non seulement celles inscrites à la LPPR mais aussi celles retenues par l'arrêté ministériel (DGCS) fixant les tarifs de prise en charge. Ceux-ci s'appliquent de façon subsidiaire et complémentaire au financement de l'assurance maladie. Ainsi, pour une audioprothèse de classe A pour une personne de plus de 20 ans ayant une perte auditive supérieure à 70 décibels, le tarif PCH figurant dans l'arrêté est de 399,42 euros. Dans la situation d'une personne à un taux de remboursement de 60%, la PCH prendra donc en charge la différence entre le tarif de l'arrêté PCH (cf. 399,42 euros) et le montant financier pris en charge par l'assurance maladie (cf. 119,83 euros), soit 279,59 euros. On remarquera que dans ce cas, le tarif de l'arrêté PCH reste aussi très éloigné des prix pratiqués sur le marché.
- [87] Le dispositif de la PCH permet un large recours aux aides techniques : ces dernières constituent un élément en propre de la PCH dont le plafond sur trois ans est important (3 960 euros) et peut être dépassé dans le cas d'équipements très coûteux, comme par exemple les fauteuils roulants élévateurs dont le tarif de prise en charge peut être supérieur à 10 000 euros. Le coût mensuel moyen par personne handicapée bénéficiant d'aides techniques est de 850 euros¹³ en juin 2012.

¹¹ Données CNSA au 31 décembre 2011.

¹² Idem.

¹³ Etudes et Résultats, *Evolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012*, Maude Espagnacq, DREES, janvier 2013. De telles données ne sont pas disponibles pour les bénéficiaires de l'APA.

- [88] Pour les personnes âgées dépendantes, l'APA permet un recours aux aides techniques depuis la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. A la différence de la PCH, aucun arrêté ne fixe la liste et le tarif de prise en charge au titre de l'APA. Le contenu du plan d'aides APA est encadré par les plafonds financiers mensuels¹⁴.
- [89] Le recours aux aides techniques est beaucoup plus restreint que dans le cadre de la PCH dans la mesure où l'APA est une prestation dont la mobilisation reste majoritairement motivée par un besoin en aides humaines. Même si les cas de saturation du plan d'aides existent parfois¹⁵, cette situation est loin d'être générale¹⁶. L'explication du recours limité aux aides techniques est davantage à rechercher du côté de la sous information et de la réticence des utilisateurs à accepter la « stigmatisation » qu'ils ressentent à l'usage de ces équipements, des compétences limitées des services gestionnaires sur ce champ¹⁷ et à l'apparition de besoins en aides techniques (donc une acquisition) avant l'entrée dans la dépendance. En outre, pour les aides techniques coûteuses, le mode de versement de l'allocation oblige les usagers à faire l'avance des frais avant d'être, en partie, remboursés mensuellement jusqu'à concurrence du montant fixé par le plan.
- [90] L'absence de prise en charge des audioprothèses pour les personnes âgées dépendantes par l'APA tient quant à elle à un autre motif dont on ne peut que s'étonner : en l'absence de tout autre forme de dépendance, l'APA ne permet que difficilement le financement de ces aides, même pour les personnes ayant une perte d'audition importante. En effet, la grille AGGIR évalue la capacité des personnes à réaliser seules les actes de la vie quotidienne : la surdité n'entravant pas de façon directe et systématique ces capacités, elle n'est souvent pas prise en charge si la personne n'a pas d'autres facteurs de perte d'autonomie. ,
- [91] Il existe aujourd'hui sans doute un phénomène de limitation de l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées dépendantes ayant saturé leur plan d'aide (ce qui est plus fréquent chez les GIR 1 et 2 que chez les autres personnes) mais la mission n'a pas été en mesure d'en évaluer l'impact réel étant donné que les plans d'aide APA co-validés entre les Conseils généraux et les usagers se limitent à ce qui est finançable.
- [92] Les associations d'usagers et les Comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA) rencontrés par la mission n'ont pas fait état d'un manque de financement APA pour les aides techniques, leurs critiques portant sur les délais, le mode de financement et le reste à charge quand cette allocation est mobilisée.
- [93] Les aides les plus souvent financées par l'APA, en dehors des aides humaines qui représentent la plus grande part de la dépense APA, sont des produits de consommation courantes ou à usage unique, tels les produits d'incontinence, et la téléalarme¹⁸.

¹⁴ A titre d'exemple, pour une personne en GIR 1, c'est-à-dire très dépendante, son plan d'aides mensuel est, au 1^{er} avril 2012, plafonné à 1288,09 euros, sachant que, selon les bénéficiaires, une participation financière leur est demandée allant de 0 à 90% de cette somme.

¹⁵ D'après les données de la Drees, cela concerne environ un quart des plans d'aide.

¹⁶ L'APA est, en fait, faiblement mobilisée pour les aides techniques soit parce que les besoins ne sont pas identifiés soit parce que le plan d'aide est saturé par l'aide humaine (94% en moyenne, 100% pour les GIR 1) ou l'aide technique elle-même, soit parce que les AT sont financées par d'autres dispositifs (ALD etc.).

¹⁷ Certains acteurs rencontrés par la mission ne connaissaient même pas la possibilité de mobiliser l'APA pour ces besoins.

¹⁸ Il est à noter que, du point de vue de la PCH, ces aides ne relèvent pas de la définition du terme "aide technique" retenu par le CASF et n'entrent donc pas dans l'élément 2 "Aides techniques" de la PCH mais dans l'élément 4 "Charges spécifiques et exceptionnelles".

Tableau 5 : Part des personnes âgées des 60 ans et plus vivant à leur domicile et utilisant des aides techniques en 2008

	Part des utilisateurs d'aides techniques	Nombre estimé d'utilisateurs
Utilisateurs d'aides techniques	20%	2 650 000
Dont :		
<i>Aides à la mobilité (marche, déplacement et transferts)</i>	14%	1 822 000
<i>Aides auditives (appareil auditif, matériel audio-visuel, boucles magnétiques...)</i>	7%	858 000
<i>Soins personnels et protection (sondes, protections absorbantes...)</i>	4%	528 000
Ensemble des 60 ans et plus		13 186 000

Source : DREES.

- [94] Eu égard aux difficultés de remontée et de consolidation des informations sur les dépenses PCH et APA des conseils généraux déjà citée supra 1.1, la mission n'est parvenue qu'à établir des ordres de grandeur quant aux volumes financiers associés aux dépenses en aides techniques au titre de ces deux dispositifs. Tout au plus est-il possible de dire qu'il est de quelques dizaines de millions d'euros, ce qui est très peu au regard du coût global des deux prestations qui s'élèvent à 3,4 milliards d'euros (APA à domicile et PCH réunies).
- [95] Pour la PCH, l'élément 2 « Aides techniques » représente seulement 1,4 % de la dépense¹⁹, soit environ 18,1 millions d'euros²⁰ en 2011. Ce faible montant qui peut paraître étonnamment bas de prime abord s'explique par la nature des aides techniques prises en charge : la majorité de ces aides sont ponctuelles et d'une durée de vie relativement longue, comme par exemple un fauteuil roulant ou des audioprothèses. Une fois l'acquisition faite, cet élément de la PCH ne pèse plus sur la dépense globale de la prestation, contrairement aux aides humaines dont le coût important se répète tous les mois.
- [96] Concernant l'APA, il est plus délicat de faire une estimation globale de la dépense nationale consacrée aux aides techniques : les données nationales ne permettant pas d'isoler les aides techniques au sens du CASF dans l'APA. La seule donnée disponible est que moins de 8% de l'APA sont consacrés à des aides autres qu'humaines²¹ : frais de repas, aménagement de logement, frais de transport et aides techniques. Si l'on extrapole la part des dépenses d'aides techniques constatée pour la PCH (cf. 1,4%) sur celle de l'APA, 45,6 millions d'euros auraient été dépensés en 2011 en aides techniques en direction des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile.

¹⁹ Etudes et Résultats, op. cit.

²⁰ La prise en compte de certaines aides de l'élément 4 de la PCH « Charges spécifiques et exceptionnelles » qui sont au sens de la norme Iso 9999 des aides techniques, comme par exemple les couches, pourrait ajouter quelques millions à ce montant.

²¹ Insee, Amandine Weber, données sociales 2006, *Regards sur l'APA trois ans après sa création*.

1.2.1.3. Les multiples financements complémentaires solvabilisent beaucoup mieux les personnes handicapées que les personnes âgées dépendantes

[97] Pour diminuer leur reste à charge, les personnes handicapées bénéficient, comme on l'a vu supra 1.1, des compléments de subvention apportés par les fonds départementaux de compensation (FDC) gérés par les MDPH²² et cofinancés par tous les contributeurs volontaires, parmi lesquels conseil général, Etat, CPAM, MSA, conseil régional, CCAS et par ailleurs du financement pour les actifs de l'Agefiph et dans certains cas du FIPHFP. 60 fonds départementaux de compensation ont ainsi perçu une contribution en 2010 de la part des conseils généraux, 70 de la part de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), 51 de la part de la mutualité sociale agricole (MSA), 19 de la part de caisses d'allocations familiales (CAF) et 46 fonds disposaient d'aides financières de partenaires « autres » selon la CNSA. Les compléments apportés par les FDC sont très conséquents au regard de la dépense PCH dans la mesure où les FDC ont consacré 9,5 millions d'euros à l'acquisition d'aides techniques, l'Agefiph et le FIPHFP ayant quant à eux versé 6,6 millions d'euros²³.

Tableau 6 : Le financement des aides techniques aux personnes handicapées en dehors des dépenses d'assurance maladie de base en 2011

	PCH (élément 2)	FDC	Agefiph-FIPHFP	Total
Millions d'euros	18,1	9,5	6,6	34,2

Lecture : 18,1 millions d'euros ont été dépensés en 2011 au titre de la PCH pour l'acquisition d'aides techniques

Source : mission IGAS

[98] Ces fonds sont très inégalement dotés et actifs selon les départements. Leur règlement intérieur peut être plutôt restrictif (publics éligibles, quotient familial, plafonds etc.) ou franchement protecteur. La dépense moyenne pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans en 2010, selon la CNSA, varie de 115 euros à 1500 euros suivant les départements. Ces fortes différences d'un territoire à l'autre constituent une inégalité flagrante entre les bénéficiaires de la PCH. Pour autant, les données de la CNSA et celles des conseils généraux rencontrés par la mission concordent : la solvabilisation des personnes handicapées qui présentent un projet devant le fonds est, d'une manière générale, importante. La CNSA a ainsi évalué que le reste à charge moyen laissé aux usagers est de 12% du coût de l'aide acquise.

[99] Les restes à charge les plus lourds concernent principalement les fauteuils roulants verticalisateurs ainsi que certains moyens de communication d'une technologie très récente. Les audioprothèses, bien qu'étant des aides coûteuses, sont souvent bien prises en charge grâce à l'intervention des FDC. Pour les personnes myopathes, l'étude précitée de l'AFM conclu à un reste à charge moyen de 52% (6 449 €) du coût des aides techniques avant intervention du FDC, de 24% (3 007 €) après celle-ci.

[100] Un décret d'application des FDC attendu depuis 2006 devait préciser les conditions de calcul garantissant un reste à charge ne dépassant pas 10% des ressources personnelles nettes d'impôt. Chaque fonds a son propre mode de fonctionnement, aussi bien du point de vue des aides prises en charge, des publics cibles, des montants versés que des modalités de fonctionnement du fonds (présidence, rôle de caisse pivot ou simple action de coordination des différents financeurs...).

²² Article L. 146-5 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

²³ Estimations réalisées par la mission Igas.

- [101] Le contraste avec les personnes âgées dépendantes est très marqué : non seulement les personnes âgées dépendantes ont peu recours à l'APA pour prendre en charge des aides techniques, mais il n'existe pas d'équivalent du FDC pour ce public pour limiter le reste à charge. Là encore, sans aucune cohérence, d'autres acteurs financent des aides techniques en direction tantôt des personnes âgées non dépendantes tantôt dépendantes : fonds extra-légaux des CPAM, MSA²⁴, mutuelles et organismes de protection complémentaire, collectivités locales²⁵ ou CNAV²⁶.
- [102] Le financement des aides techniques des personnes âgées, qu'elles soient ou non dépendantes, dépend donc encore largement de leurs ressources financières propres, de celles de leurs proches ainsi que, pour certaines aides comme les prothèses auditives, de la protection complémentaire à laquelle elles peuvent souscrire. Pour un même handicap ou une même déficience, les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées n'ont à ce jour, en France, pas un accès équivalent aux aides techniques.
- [103] Mais, bien que les besoins de ces deux catégories se recoupent en partie, ceux des personnes âgées dépendantes sont en grande partie différents de ceux des personnes handicapées²⁷. Les besoins exprimés par les seniors sont davantage tournés vers la sécurité (technologies et adaptations du logement : détecteurs de gaz, téléassistance, chemin lumineux, barres de salles de bain) et vers le renforcement des liens sociaux plutôt que vers la substitution de la technologie à la présence humaine. L'audioprothèse représente un cas particulier, la seule différence entre les personnes handicapées et les personnes âgées étant l'âge de survenue de la baisse d'audition et la nécessité d'un accompagnement plus important sans doute dans la mise en place des premiers appareils correcteurs.

1.2.2. La forte solvabilisation des besoins des personnes handicapées fait courir le risque d'une inflation artificielle des prix

1.2.2.1. L'association d'une solvabilisation élevée et du libre choix des aides techniques pour les personnes handicapées constitue une spécificité en Europe

- [104] D'après une étude commandée par la CNSA en 2009²⁸, deux critères d'analyse permettent de décrypter les différents systèmes de prise en charge des aides techniques en Europe : plus les personnes ont un reste à charge important dans l'acquisition des aides, plus leur niveau de choix est grand ; à l'inverse, plus la prise en charge publique est élevée, plus les personnes sont contraintes dans leur choix d'acquisition. Ce type de logique n'est pas dénué de pertinence économique du point de vue de la gestion des deniers publics : dans un cas les pouvoirs publics plafonnent le montant total de leur participation à l'acquisition de l'aide, laissant libre le marché pour ajuster l'offre et la demande, dans l'autre ils encadrent l'offre caractéristiques et prix des produits. Schématiquement, les pays d'Europe du Sud (Italie et Espagne) se rangent dans la première catégorie tandis que les pays d'Europe du Nord (Suède et Royaume-Uni) s'inscrivent dans la seconde. L'Allemagne serait quant à elle dans une situation intermédiaire, reste à charge et liberté de choix se positionnant à un niveau moyen.

²⁴ Il est à noter que la mission n'a pas rencontré le RSI.

²⁵ Le cas le plus fréquent est celui de la téléalarme.

²⁶ La CNAV accorde des aides financières pour l'acquisition d'aides techniques comme des rehausses WC, planches de baignoires, tabourets de douche ou barres d'appui aux personnes âgées GIR 5 ou 6 dans le cadre de sa démarche nationale de prévention de la perte d'autonomie, démarche couplée à une méthode de repérage des difficultés et des risques du domicile. Entre juillet et décembre 2012, la CNAV a consacré un peu moins de 1,3 million d'euros à cette politique.

²⁷ « La grande différence entre les personnes âgées et les personnes handicapées, c'est le temps » selon les propos du professeur François PIETTE, PUPH en service de gériatrie à l'hôpital Charles FOIX que la mission a rencontré.

²⁸ Alcimed, *Etude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et âgées en perte d'autonomie*, décembre 2009.

[105] Le système de prise en charge français ne répond que très partiellement à cette grille d'analyse. Si, pour les personnes âgées, il semble correspondre au modèle du Sud d'une faible solvabilisation associée à une grande liberté de choix, la situation est tout autre pour les personnes handicapées : elles bénéficient d'une solvabilisation très élevée de leurs besoins couplée à une liberté de choix très faiblement contrainte pour les aides techniques qu'elles souhaitent acquérir : elles ne sont contraintes ni dans le choix du produit, ni dans le choix du distributeur.

1.2.2.2. Le risque potentiel d'une inflation des prix est dommageable pour les publics mal solvabilisés et pour les financeurs publics

- **L'inflation par l'offre**

[106] L'incapacité des financeurs et des usagers français à accéder à une information fiable et complète sur le service rendu par rapport au coût d'acquisition donne aux fabricants et aux distributeurs une position de force.

[107] Par ailleurs, la segmentation des clients potentiels d'aides techniques entre des personnes handicapées bien solvabilisées et des personnes âgées en perte d'autonomie qui le sont peu produit des effets pervers. Du fait de l'absence d'encadrement du marché des aides techniques par les pouvoirs publics, aussi bien du point de vue de la fixation des prix que des caractéristiques des produits, le risque que la solvabilisation forte des uns ne génère une inflation des prix et de la « sur qualité » dommageables aux autres est réel. En effet, le prix de vente des aides techniques n'est pas à ce jour encadré, même pour les aides techniques inscrites à la LPPR et ce alors que 70% des dispositifs médicaux de la LPPR qui ne sont pas aussi aides techniques ont eux des prix limite de vente.

[108] Du fait de l'éclatement du financement exposé ci-dessus et de l'absence de concertation voire d'échange d'information entre les différents financeurs, il n'y a pas de plafond global qui s'imposerait à tous, mais une participation de chaque financeur en fonction de ses propres règles, sans tenir compte de la part déjà solvabilisée. Dès lors, il est tout à fait possible que les personnes handicapées puissent obtenir un financement quasi total (avec un reste à charge de 10% de leurs ressources mensuelles hors impôt pour l'ensemble des aides techniques acquises dans l'année). Dès lors, il n'y a pas de tarif de responsabilité global qui limiterait l'acquisition des aides techniques par les personnes et l'un dans l'autre, après passage devant les deux commissions, les devis tels qu'apportés par les personnes ne sont remis en cause ni techniquement (opportunité de la préconisation par rapport au besoin) ni financièrement. L'issue des délibérations de la CDAPH et du FDC étant ainsi quasi certaine, un responsable de MDPH suggérait à la mission que ce double traitement n'apportait pas de plus value.

[109] Par exemple, les effets d'aubaine de la coexistence d'une solvabilisation élevée et de l'absence de fixation d'un prix limite de vente pour les audioprothèses ont des conséquences dommageables pour les dépenses publiques, notamment pour les FDC dont près de la moitié des ressources sont absorbées par des aides techniques²⁹ et en premier lieu par les prothèses auditives³⁰.

²⁹ Rapport d'activité 2011 de la CNSA, 17 avril 2012.

³⁰ A titre d'exemple, dans le département de la Marne, les prothèses auditives représentent à elles-seules selon les années entre un quart et un tiers des dépenses du FDC.

- [110] La mission a en effet constaté que le marché des prothèses auditives, tout particulièrement, connaît ce type de désajustement. Ce marché se caractérise par un taux d'évolution technologique très fort, les produits d'entrée de gamme vendus aujourd'hui étant les produits haut de gamme d'il y a cinq ans. Le prix élevé traduit donc l'accès aux dernières performances technologiques, sans que le besoin d'appareillage le justifie forcément. La forte solvabilisation des besoins des personnes handicapées permet au marché des audioprothèses de se maintenir dans un équilibre économique de constante innovation et de prix élevés et de volumes faibles. Contrairement au Royaume-Uni qui distribue majoritairement des prothèses auditives d'entrée de gamme et quelques moyennes gammes, la France a principalement des audioprothèses de moyenne et haut de gamme. La prise en charge de l'assurance maladie étant par ailleurs très fortement déconnectée des prix du marché³¹, les personnes non handicapées ayant un besoin d'appareillage et peu de ressources peinent à s'équiper. Or le plus fort contingent de population ayant des déficiences auditives nécessitant un appareillage est composé de personnes devenues déficientes auditives après 60 ans.
- [111] Du fait des modalités de construction de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources), la surdité seule ne permet pas à une personne âgée non dépendante du fait d'une autre déficience d'accéder à l'APA. Notre pays connaît donc un sous appareillage très élevé qui n'existe pas outre-manche. Sur les 2,5 à 3 millions de personnes appareillables en France, uniquement un million d'entre elles le sont, la prévalence du sous appareillage étant particulièrement élevée au sein de la population âgée. Lorsque ce public est interrogé sur la couverture de ses besoins en aides techniques, c'est pour les prothèses auditives qu'il se déclare le plus insatisfait³². A l'inverse, une étude européenne³³ récente a montré que les personnes déjà appareillées en France sont celles qui sont les plus satisfaites de leur équipement en Europe, à l'exception de la question du prix qu'elles trouvent élevé.
- [112] D'autres besoins demeurent mal couverts. La France connaît ainsi un retard important dans la téléassistance qui n'est utilisée que par 10% des personnes âgées de plus de 85 ans (moyenne d'âge 84 ans, durée moyenne d'abonnement 4 ans) contre 80 % en Suède (chiffres 2008).

Tableau 7 : Les besoins non satisfaits en aides auditives des personnes ayant une limitation fonctionnelle auditive et vivant à leur domicile

	Personnes ayant des limitations auditives	Part des personnes portant un appareil	Nombre estimé de personnes portant un appareil	Part des personnes ayant besoin d'un appareil	Nombre estimé de personnes ayant besoin d'un appareil
Limitation auditive très grave	326 000	34%	111 000	51%	166 000
Limitation auditive grave	1 550 000	22%	341 000	47%	728 000
Limitation auditive moyenne	3 423 000	18%	616 000	32%	1 095 000
Ensemble	5 299 000	20%	1 159 000	37%	1 961 000

Source : DREES

31 Une audioprothèse coûte en moyenne 1500 euros aujourd'hui sur le marché français, somme très conséquente au regard des 119,83 euros pris en charge par l'assurance maladie.

32 « Chez les 60 ans et plus, les aides à la mobilité sont utilisées chez 14% d'entre elles et les besoins restants sont exprimés chez seulement 2% de ces personnes, tandis que pour ce qui est des audioprothèses, 7% sont équipées mais 11% ne le sont pas et estiment qu'elles auraient besoin d'un appareil ». DREES 2012, étude de Maud Espagnacq.

33 Eurotrack 2012.

[113] Un des autres facteurs explicatifs du prix élevé des aides techniques est la structuration du réseau de distributeurs. Il n'existe pas, pour l'heure, de gestion centralisée des achats d'aides techniques régulée voire effectuée par un financeur. Or dans les pays qui régulent les caractéristiques et les prix des aides techniques, tels la Suède et la Grande Bretagne, c'est par le biais de centrales d'achats nationales qu'elles œuvrent³⁴. A l'exception de certaines mutuelles, les seules centrales d'achats d'aides techniques sont celles des distributeurs (organisés en « chaînes » ou en franchise), des établissements de santé et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comme RESA. Les entretiens conduits par la mission lui ont permis de vérifier qu'aucun organisme public n'est intéressé à exercer cette fonction qui pourrait constituer un mode de régulation des prix et donc de maîtrise des finances publiques.

- **L'inflation par la demande.**

[114] L'application de certaines dispositions législatives ou réglementaires par les MDPH peut aussi produire des effets inflationnistes sur la demande.

[115] En l'absence d'une doctrine très précise, l'application du principe de compensation posé par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées peut donner lieu à une « surcompensation » des besoins réels en aides techniques.

[116] Les travailleurs sociaux et les experts des commissions de la MDPH sont le plus souvent peu enclins, par culture professionnelle et par manque de légitimité technique, à limiter « raisonnablement » les demandes des usagers. Le choix du fournisseur par l'utilisateur est également libre, même s'il existe un fournisseur moins cher pour un même produit. Enfin, la loi a prévu elle-même que le plafond financier du plan de compensation pouvait être dépassé, notamment pour les équipements les plus chers. Comme évoqué supra, en Haute-Corse, ce « déplafonnement » est systématique pour toutes les aides techniques, ce qui économise les ressources du FDC au détriment de la PCH et réduit très sensiblement les délais. En revanche, la mission a constaté que les devis fournis pour les audioprothèses par exemple avoisinaient tous le « plafond déplafonné » appliqué.

[117] La fixation d'un plafond précis à la compensation est clairement refusée par les associations représentatives des personnes handicapées. Cette question, bien plus large que le sujet confié à la mission, ne trouvera donc pas de réponse directe dans le présent rapport.

[118] Le droit à renouvellement est déconnecté de la durée de vie/amortissement et de l'usage. Pour les principaux financeurs, le renouvellement des aides techniques est sans rapport avec l'amortissement ou la durée de vie de ces équipements. Ainsi, pour l'assurance maladie, depuis le 1er septembre 2012, la prescription de produits figurant à la LPPR ne peut être faite pour une durée supérieure à douze mois. Ce qui signifie aussi que de nouvelles aides peuvent être demandées chaque année. S'agissant de la PCH, les droits sont renouvelables tous les trois ans. Beaucoup d'aides techniques sont utilisables bien plus longtemps, surtout si elles sont correctement entretenues, ce dont personne ne s'assure dans aucun pays européen (cf. étude CNSA Alcimed déjà citée). Ainsi une audioprothèse bien prescrite (évolutive) et bien entretenue dure chez la clientèle de certains audioprothésistes 7 à 8 ans en moyenne. De manière tout à fait transparente d'ailleurs, les bénéficiaires de la CMU qui n'ont droit qu'à l'appareillage d'une oreille, ont un droit à renouvellement tous les deux ans, ce dont ils se servent pour équiper leur seconde oreille ! Pire encore, dans l'absence de suivi de l'équipement : les conseils généraux ne sont même pas certains des équipements réellement acquis avec leur aide, un bénéficiaire de l'APA ou de la PCH n'étant pas contraint d'acheter le produit pour lequel il a présenté initialement un devis à la MDPH (la personne n'étant pas contrainte de présenter une facture indiquant le même produit que celui qui figurait sur le devis).

³⁴ Achats groupés après appel d'offres par le National Health Service (NHS).

- [119] Il n'y a pas de récupération organisée des aides techniques encore utilisables ou recyclables (prothèses audio, fauteuils etc.) après le décès ou l'entrée en établissement des usagers. Alors même que beaucoup de personnes âgées en établissement seraient mieux équipées avec l'aide technique qu'elles utilisaient à domicile, car prescrite en principe individuellement, qu'avec l'équipement standard de la maison de retraite. De même ces établissements, contraints dans leur plan d'investissement, pourraient récupérer les aides techniques quasiment neuves des personnes âgées décédées peu après l'acquisition de celles-ci.
- [120] **Au total, il apparaît de nombreux gisements d'optimisation dans le dispositif des aides techniques : avec le même niveau de dépense, il serait possible de mieux répondre aux besoins d'un plus grand nombre de personnes. La mission recommande d'envisager de préférence une stratégie d'encadrement de l'offre ET de la demande** (cf. infra partie 2).

1.3. Le recours insuffisant à des compétences spécialisées et indépendantes nuit à la prescription, à la préconisation et à la mise à disposition des aides techniques

- [121] Le terme « prescription » est utilisé ici au sens du constat de la déficience à compenser et du besoin d'une aide technique par laquelle y parvenir. Le mot « préconisation » concerne quant à lui l'opération aboutissant au choix des caractéristiques précises de l'aide technique, des options etc.. La « mise à disposition » est le fait de fournir le produit à l'utilisateur, quelle que soit la modalité d'acquisition (achat, location, prêt). Rappeler ces définitions est apparu important à la mission qui a constaté à de multiples reprises des imprécisions dans leur compréhension et dans leur mise en œuvre par les acteurs aussi bien locaux que nationaux.

1.3.1. L'insuffisance des compétences spécialisées en ergothérapie limite l'identification des besoins en aides techniques

- [122] Pour les aides techniques inscrites à la LPPR, la loi impose que la prescription soit faite par un médecin. Contrairement au domaine du médicament, les médecins, s'ils peuvent certifier l'état de déficience, ne sont pas formés ni informés précisément³⁵ sur les aides techniques disponibles. Leurs ordonnances se limitent le plus souvent à des indications assez générales. Ainsi des médecins ORL qui prescriront un « appareillage d'une ou deux oreilles » en constatant la déficience, des médecins généralistes qui prescrivent un fauteuil roulant, un lit médicalisé, un élévateur etc. sans définir précisément les différents modules du fauteuil ou le modèle du lit, très distincts en pratique selon l'aménagement de la chambre dans lequel il doit être utilisé, le profil de la personne ou des aidants etc.
- [123] Pour les autres aides techniques, il n'est pas indispensable de recourir à un médecin, les équipes techniques d'évaluation de l'APA et de la PCH étant réputées disposer des compétences nécessaires. En réalité, les qualifications des équipes d'évaluation sont donc avant tout médicales, sociales et administratives, mais très exceptionnellement techniques et spécialisées sur les aides techniques. Leur identification des besoins en aides techniques est donc insuffisante, particulièrement pour les personnes âgées dépendantes.
- [124] Les compétences en ergothérapie sont, d'une manière générale, peu répandues parmi ces équipes : elles sont présentes de façon très limitées dans les MDPH et sont quasi inexistantes des équipes APA. Ainsi, environ 120 ergothérapeutes travailleraient actuellement dans des équipes MDPH et seulement deux départements, le Doubs et le Bas Rhin, ont mutualisé leurs compétences d'ergothérapie avec les équipes APA. Certains départements comme la Haute-Corse compensent cette faiblesse en faisant appel, pour le public handicapé, à des compétences d'ergothérapie extérieures, par conventionnement avec des associations.

³⁵ Il n'y a pas d'équivalent du « dictionnaire Vidal » pour les aides techniques.

1.3.2. Le « projet de vie » : une traduction délicate en termes de prescription d'aides techniques en direction des personnes handicapées

[125] La loi prévoit que le plan de compensation des personnes handicapées doit s'adosser sur les besoins de la personne en lien avec son projet de vie³⁶. La mission a pu observer dans les dossiers individuels qu'elle a consultés que ce document est le plus souvent vierge. Dans les cas où il a été renseigné et à de rares exceptions près, la formulation du projet de vie est réduite à quelques points qui ne peuvent suffire à l'équipe d'évaluation de la MDPH pour déterminer de façon précise le type d'aides techniques dont la personne a besoin. Les échanges entre l'usager et l'équipe d'évaluation ne se limite certes pas à ce qui figure dans le projet de vie, mais il n'en est dès lors pas gardé d'autres traces dans le dossier de la personne alors même que ces échanges impactent le choix des aides. Or, pour un même type de besoin de compensation (par exemple pouvoir se déplacer en fauteuil), le produit qui permettra de satisfaire ce besoin pourra être très différent selon les conditions concrètes d'habitat et les modes de vie des individus : par exemple, tandis qu'une personne ayant peu de déplacements à effectuer va préférer un fauteuil roulant lourd, mais confortable, une autre privilégiera un fauteuil léger et étroit lui permettant de monter facilement dans son véhicule pour aller au travail.

1.3.3. Le manque de référentiels d'aide à la décision fait courir le risque d'acquisition de produits inadaptés

[126] Il n'existe pas à ce jour d'outil global d'aide à la décision permettant de corréler la nature et la gravité de l'incapacité au niveau et au type d'aides techniques nécessaires. Une telle défaillance est d'autant plus problématique que le recours aux compétences d'ergothérapie est, comme on l'a vu supra, très limité au sein des équipes techniques d'évaluation. Faute de disposer d'un tel référentiel, la mission a constaté que plusieurs acteurs de terrain se sont forgé de façon empirique leurs propres outils.

[127] L'information fournie par certaines associations, comme par exemple l'APF, ou collectée via des salons, comme le salon Autonomic, ou les sites Internet des fabricants et distributeurs ne pallie qu'imparfaitement l'absence d'un référentiel indépendant et complet.

[128] L'intérêt de disposer à proximité de centres d'information et de conseil sur les aides techniques a souvent été souligné à la mission, comme le regret qu'ils soient si peu nombreux dans notre pays.

[129] La publicité sur les aides techniques, notamment en direction des personnes âgées dépendantes, peut quant à elle générer des demandes inadaptées aux besoins réels.

[130] Quand il n'y a pas de préconisation précise de la part des équipes médico-sociales portant sur les fonctionnalités exactes que doit comporter un appareil, l'usager peut être conduit à demander conseil au vendeur. La même personne fait alors, en réalité, la préconisation et la vente, avec le risque que le choix de l'usager soit orienté moins vers le produit correspondant le mieux à son besoin au coût le moins élevé, mais d'avantage vers le produit apportant la meilleure rentabilité au fournisseur. Ce risque est encore plus élevé si les financements publics mobilisables ne pénalisent pas le choix de l'acheteur pour les modèles les plus onéreux. Cette problématique est particulièrement illustrée par les audioprothèses³⁷ mais existe aussi pour bon nombre d'autres aides techniques.

³⁶ Article 11 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis ».

³⁷ Etude de l'institut national de la consommation financée par la CNSA en 2012.

1.4. *L'information des usagers français est très limitée*

- [131] L'étude CNSA Alcimed de 2009 souligne que les usagers français ne profitent pas de toutes les possibilités de prise en charge qui leur sont offertes en raison des leurs difficultés à obtenir de l'information, nationale ou plus locale. Il est en effet très compliqué de s'informer correctement, surtout dans les départements éloignés des quelques centres d'information existant. En l'absence de formes réglementaires d'encadrement de la demande, cette carence constitue un frein dont il est pourtant difficile de se féliciter. On a vu ci-dessus que le portail « aides techniques » de la CNSA ne fonctionne plus depuis deux ans.
- [132] La nébuleuse des centres d'information et de conseil sur les aides techniques (CICAT), dont les statuts (associations, GIP, services de caisses de protection sociale, d'un hôpital etc.) et les missions (de la simple information jusqu'au prêt de matériel) sont très hétérogènes, a diminué à 25 unités actuellement contre 35 en 2007, ne couvrant plus qu'un quart du territoire. Ces centres ont pour vocation d'apporter une information objective sur les aides techniques (matériels et équipements) aux personnes en situation de handicap, de procurer un conseil spécialisé et personnalisé et de concourir à l'accessibilité et à l'adaptabilité de l'environnement architectural. Ces centres mobilisent des compétences d'ergothérapeutes et de professionnels paramédicaux. Les usagers ne se tournent pas en premier lieu vers les CICAT, dont l'existence est peu connue du public.
- [133] L'expérimentation des plateformes régionales d'information et de conseil sur les aides techniques (PRICAT) lancée en 2009 par la CNSA s'est arrêtée fin 2010 après le retrait du cofinancement de la CNAM. Il en demeure cinq centres nationaux, chacun spécialisé dans un domaine :
- Le Centre de ressources & d'innovation mobilité handicap (CEREMH), qui travaille sur la mobilité.
 - Le CEN STIMCO, de l'Hôpital Broca de l'APHP, axé sur la stimulation cognitive.
 - Le CENTICH, du pôle handicap de la Mutualité Française Anjou Mayenne, qui se consacre aux interfaces pour l'utilisation des technologies de la communication et de l'information.
 - Le CENROBOTIQUE, du Groupe Languedoc Mutualité spécialisé dans la robotique d'assistance et de rééducation.
 - Le CENHABITAT, du Centre de référence de santé à domicile et autonomie (CRNSDA), s'est investi dans l'habitat et logement.
- [134] Quelques rares conseils généraux se sont dotés de ressources d'information propres. La Maison Départementale des Personnes Handicapées du Val de Marne a un pôle spécialisé dans les handicaps sensoriels. Afin d'améliorer le traitement de ces types de handicap et face aux difficultés rencontrées par les ergothérapeutes à évaluer les prix des audioprothèses, une base de données sur les audioprothèses dont a connaissance la MDPH du Val de Marne a été constituée depuis 2008.
- [135] L'information des usagers se fait donc au cas par cas en fonction des relais d'associations plus ou moins spécialisées par type de handicap³⁸, des ressources Internet (d'origine commerciale ou non), des mutuelles, des réseaux de proximité quand il en existe. La présence d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) augmente sensiblement la demande. Ce qui démontre bien l'importance et l'efficacité d'une préconisation effectuée par un technicien (infirmier, ergothérapeute) au domicile du patient.

³⁸ Association des paralysés de France, Association française contre les myopathies, Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif, Association des accidentés de la vie (FNATH), Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes, Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles, Société française des technologies pour l'autonomie et gérontechnologies, Bureau de coordination des associations des devenus sourds et malentendants, etc.

- [136] De rares « guides » d'origines diverses ont été produits, mais ils sont peu diffusés comme le guide des droits et devoirs des consommateurs en aides techniques (APF, UFC Que Choisir ?), le guide CNSA de 2007, ou le guide d'aide au choix des aides techniques, réalisé par la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) du Nord-est et mis à la disposition des caisses. Mais ce dernier guide est à destination uniquement des évaluateurs pour les aider dans le choix et la préconisation des aides techniques au retraité.
- [137] La meilleure source de renseignement est sans doute constituée par les centres de rééducation fonctionnelle qui disposent en général d'ergothérapeutes et d'assistantes sociales, mais ils ne sont connus que des patients qui y sont adressés.
- [138] Cette faible capacité des usagers à collecter de l'information est d'autant plus problématique qu'il est rare que les usagers puissent tester le matériel avant acquisition. Ainsi, à l'heure actuelle et en dépit d'un avis de la HAS de 2008 (non repris depuis par le CEPS), les audioprothésistes ne sont nullement contraints de faire tester les prothèses auditives avant achat. Aux dire d'une MDPH rencontrée, même avec un suivi méticuleux de ce type d'aides, en l'état actuel des choses, il est très difficile de savoir si les personnes ont testé le matériel.
- [139] Force est donc de constater que les utilisateurs français d'aides techniques ont beaucoup d'excuses à se voir dicter leurs choix par les fournisseurs.

2. SIMPLIFIER POUR MIEUX PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE ET COMPENSER LE HANDICAP

2.1. Structurer un pilotage national autour de la direction de la sécurité sociale et renforcer l'intervention de l'assurance maladie

- [140] Il apparaît à la mission que ce scénario est préférable à la conservation du dispositif actuel, même amélioré. En effet, ce scénario permettra un meilleur pilotage et ainsi une meilleure prise en charge, notamment du point de vue des délais, couplée à une plus grande maîtrise des dépenses.

2.1.1. Un pilotage national mieux structuré

- [141] A défaut de pouvoir reconstruire l'unité de pilotage, de financement et de gestion, qui fait la preuve de son efficacité dans d'autres pays européens, sans toucher à l'architecture de la prise en charge des risques de santé, de handicap et de dépendance de notre pays, il apparaît indispensable à la mission qu'une direction d'administration centrale ayant intérêt à agir soit placée en responsabilité globale de ce dispositif partagé entre autant d'acteurs.
- [142] Plusieurs arguments militent pour la désignation de la DSS en tant que pilote du dispositif. Le premier est la proposition de la mission d'élargir la LPPR à l'essentiel des aides techniques (cf. infra). Par ailleurs, ses opérateurs que sont les caisses nationales de sécurité sociale (CNAMTS, CNAV, UNOCAM, CNAF, MSA) disposent des ressources humaines, de l'information, des systèmes propres à la traiter de manière homogène et rapide, d'une vérification de la prescription (contrôle médical) et d'une gestion du risque, ce qui est loin d'être le cas des autres candidats « potentiels » ou « naturels » à cette fonction, notamment la DGCS et la CNSA.
- [143] Par ailleurs, en l'état actuel des choses, l'assurance maladie est, de très loin, le premier financeur d'aides techniques (plus de 624 millions d'euros en 2012³⁹). L'estimation des financements cumulés provenant des autres acteurs, au premier rang desquels les collectivités, conduit la mission à estimer qu'ils sont six à sept fois inférieurs à ceux de l'assurance maladie pour les aides techniques. Le transfert dans la LPPR de ces dépenses représenterait une hausse de l'ONDAM d'environ 0,06%.

³⁹ Données CNAMTS pour 2012.

Recommandation n°1 : Désigner la DSS comme pilote du dispositif dans l'hypothèse d'un élargissement de la LPPR aux principales aides techniques comme recommandé infra.

2.1.2. L'action locale de l'Etat doit être réorientée

- [144] L'utilité réelle de la présence de l'Etat sur les décisions de la CDAPH et du FDC est sans commune mesure avec les ressources qu'il mobilise, alors que ses responsabilités en matière de contrôle et d'évaluation des politiques sociales décentralisées sont insuffisamment assumées, nationalement comme localement. Ce constat est partagé par tous les responsables régionaux et départementaux des ARS, DRJSCS et DIRECCTE rencontrés par la mission.
- [145] En revanche, le statu quo est encore très défendu par les agents d'exécution de l'Etat et des Conseils généraux, par certains services d'administration centrale et par la majorité des associations, pour des motifs très différents mais qui semblent peu vérifiés pour ce qui est des explications exposées à la mission ; trop rares lieux d'échanges réunissant tous ces partenaires, frein aux décisions litigieuses, frein aux demandes excessives des usagers etc.
- [146] Le postulat de meilleure garantie de l'égalité de traitement sur tout le territoire national avancé par les partisans du maintien de la participation de l'Etat à tous les échelons de la procédure PCH et FDC est contestable, la situation qui prévalait avant la décentralisation de 2004 ne vérifiant pas davantage cette position de principe que celle des compétences sociales dont il continue d'exercer la compétence.
- [147] Bien que cela excède le périmètre de la mission, ses interlocuteurs estiment que ces réserves peuvent être étendues aux cinq éléments de la PCH. A la veille d'une nouvelle étape de la décentralisation au moment de la rédaction du présent rapport, l'implication des services déconcentrés de l'Etat dans ces procédures mérite *a fortiori* d'être reconsidérée.

Recommandation n°2 : Retirer l'Etat de la participation aux CDAPH et FDC pour redéployer des moyens humains pour des missions de contrôle.

2.1.3. Les capacités d'expertise et de conseil méritent d'être renforcées

- [148] On observe que d'autres pays européens ont trouvé un système fonctionnel et simple, comme la Suède où un « institut suédois des aides technique », codirigé par le ministère de la santé et des affaires sociales et l'association suédoise des autorités locales et régionales (municipalités et comtés) réunit les missions allant de la recherche à la réalisation de statistiques, l'évaluation et l'accréditation des produits conformément aux standards internationaux et aux normes européennes et, jusqu'à la récente décentralisation des aides techniques, à la centrale d'achats.
- [149] A défaut de pouvoir modifier l'écheveau des organismes qui sont parties prenantes aux mêmes fonctions en France, plusieurs améliorations peuvent néanmoins s'envisager.
- [150] Dans le l'hypothèse d'un regroupement du dispositif des aides techniques dans le champ de l'assurance maladie (scénario n°1), il serait encore plus indispensable que les blocages actuels dans le processus d'évaluation/avis/arrêtés ministériels soient levés par le renforcement des ressources humaines de la HAS et du CEPS, gagés pour ce dernier sur l'extinction des compétences en matière d'aides techniques de la DGCS (cf. infra).

Recommandation n°3 : Renforcer la section des dispositifs médicaux du CEPS.

Recommandation n°4 : Renforcer l'association de personnels paramédicaux (ergothérapeutes etc.) et de travailleurs sociaux dans les travaux de la HAS relatifs aux aides techniques.

- [151] Les limites en compétences humaines exposées tant par la HAS que la CNSA militent pour une mutualisation des études au niveau de l'Union Européenne (UE). Il est néanmoins réaliste de considérer que cette évolution ne sera que progressive et que nos capacités propres doivent néanmoins être confortées comme recommandé supra.

Recommandation n°5 : Développer les études européennes sur le service technique rendu par les aides techniques et leurs options. Demander l'inscription en priorité des audioprothèses au programme de travail de l'agence européenne du médicament (AEM).

- [152] La difficulté à réunir une information exhaustive sur les aides techniques ne doit pas freiner la recherche d'une meilleure connaissance quantitative et qualitative de ce domaine. D'autres approches plus ciblées sont tout aussi efficaces mais demeurent insuffisamment utilisées.

Recommandation n°6 : Charger la CNAM de mener une étude qualitative sur un échantillon de personnes visant à une connaissance du reste à charge évalué par les services administratifs, du reste à charge réel, de son poids dans le budget des personnes et de la décision finale de celles-ci en matière d'acquisition d'aides techniques.

Recommandation n°7 : Renforcer le partage et la collecte d'information sur les aides techniques par le biais d'enquêtes flash thématiques réalisés conjointement entre la Drees et la CNAM.

2.1.4. Le système de financement et de gestion peut être notablement simplifié et optimisé autour de l'assurance maladie (scénario n°1): plusieurs actions complémentaires sont aussi possibles

- [153] La distinction entre les dispositifs médicaux et les aides techniques est la source principale des critiques qui peuvent être formulées vis-à-vis du dispositif français en termes de complexité et de délais ainsi que d'inégalité de traitement. Par ailleurs, on a souligné supra les manques quantitatifs et qualitatifs en ressources humaines et en systèmes d'information des services administratifs et des opérateurs en charge des aides techniques. Enfin, la multiplicité des financeurs a pour effet qu'aucun acteur ne peut apprécier le service rendu par ce qu'il paye.

A/ Un transfert sans revalorisation, visant uniquement à limiter les coûts de gestion

Recommandation n°8 : Elargir progressivement la LPPR aux aides techniques les plus prescrites et les plus onéreuses et retirer du financement de la PCH et de l'APA les aides techniques correspondantes.

- [154] Les aides techniques qui seront basculées dans la LPPR ne pourront plus être prises en charge au titre de la PCH ou de l'APA. Les autres aides techniques, qui ne seront pas dans la LPPR, relèveraient dans ce cas des financements extra-légaux des collectivités locales et des caisses. La DGCS n'aurait plus à mettre à jour les tarifs de l'élément 2 de la PCH.
- [155] Une étude menée par la Drees et la CNSA pourra aussi évaluer s'il est pertinent d'étendre cette prise en charge aux éléments 4 de la PCH (cf. « charges spécifiques et exceptionnelles »). En 2012, l'assurance maladie a, au titre de la LPPR, dépensé plus de 32 millions d'euros pour des aides relevant de cette catégorie, alors même que les protections contre l'incontinence, très utilisées chez les bénéficiaires de l'APA, ne font pas partie de la LPPR.
- [156] Afin de ne pas détériorer la situation des personnes handicapées, leur taux de remboursement pourrait être ajusté de façon à égaliser le niveau actuel de leur prise en charge avec application des tarifs de l'élément 2 de la PCH. Les aides qui entreraient dans la LPPR alors qu'elles n'y sont pas actuellement verraient leur tarif inchangé ; le taux de remboursement serait fixé à 100% pour les personnes handicapées et à 0% pour les autres personnes.
- [157] Ce transfert aurait l'intérêt de clarifier le système de prise en charge et de supprimer les coûts de gestion liés aux financements complémentaires des aides techniques (PCH et FDC notamment).
- [158] Sans doute conviendrait-il de conserver leur intervention pour les cas complexes (conditions d'habitat, situation familiale etc.) insuffisamment couverts par la règle générale.

Recommandation n° 9 : Supprimer l'intervention de la PCH et du FDC en dehors des cas considérés comme complexes par la CDAPH, l'assurance maladie prenant à sa charge l'intégralité du coût des aides.

B/ Un transfert accompagné d'une révision des prix

- [159] L'écart important entre les bases de remboursement de l'assurance maladie et la réalité des prix du marché a pour corollaire l'accumulation des financements complémentaires multiples décrits dans la première partie du rapport et les effets pervers qui résultent de ce « mécano » incomplet.

Recommandation n° 10 : Fixer, pour chaque catégorie d'aides techniques de la LPPR élargie, un prix limite de vente cohérent avec le coût de fabrication des produits et un tarif de responsabilité en adoptant une démarche progressive débutant par les aides générant la plus forte dépense.

- [160] Cette mise à jour devrait s'appuyer sur des appels d'offre⁴⁰ pour lesquels les fournisseurs candidats devraient répondre à un cahier des charges très précis, notamment s'agissant des caractéristiques techniques et fonctionnelles des produits et des prix.
- [161] Cette démarche devra être lancée de façon progressive et pragmatique en débutant par les aides les plus coûteuses pour l'assurance maladie. Les dépenses actuelles de l'assurance maladie en aides techniques indiquent que ces dépenses se concentrent sur un nombre réduit d'aides techniques : en 2012, 10% des codes d'aides techniques de la LPPR représentent à eux seuls plus de 83% de la dépense de l'assurance maladie.
- [162] Il paraît souhaitable à la mission que ce travail de fixation de prix limite de vente, qui sera forcément long, débute dès le printemps 2013 pour les prothèses auditives puis ensuite pour les autres aides techniques déjà inscrites à la LPPR, mais n'ayant pas de prix limite de vente. En effet, les codes des prothèses auditives constituent deux des cinq codes générant le plus de dépense en aides techniques pour l'assurance maladie en 2012.
- [163] Une labellisation des aides techniques répondant à un cahier des charges de l'assurance maladie pourrait aussi être envisagées, notamment pour des produits dits d' « entrée de gamme » couvrant la majorité des besoins.

Recommandation n° 11 : Labelliser des aides techniques d' « entrée de gamme » qui seront vendues au prix limite de vente.

- [164] Seules les aides techniques correspondant au produit labellisé par l'assurance maladie seront pris en charge. Les autres produits ne feraient pas l'objet d'un financement mutualisé.

C/ La réévaluation des barèmes de prise en charge

- [165] Ce scénario qui est le plus ambitieux est aussi celui qui générerait les coûts les plus importants pour l'assurance maladie. En revanche, il diminuerait ou supprimerait les besoins de financement complémentaire.

Recommandation n° 12 : Réévaluer la prise en charge des aides techniques inscrites à la LPPR, en commençant par les prothèses auditives.

- [166] Cette revalorisation de la prise en charge des aides techniques devra s'appuyer sur des objectifs précis en matière de taux d'équipement pour les personnes âgées et handicapées.
- [167] La mission considère qu'une telle revalorisation est prioritaire concernant les prothèses auditives dont la prise en charge au titre de l'assurance maladie est actuellement fortement déconnectée de la réalité économique, quand bien même les prix du marché seraient revus à la baisse au moyen de l'encadrement de prix limite de vente.

⁴⁰ Nous ne faisons pas ici référence au terme précis d' « appel d'offres » tel qu'il est utilisé dans le code des marchés publics mais à une démarche plus générique.

[168] Il est préconisé que les dépenses actuellement consacrées pour financer des prothèses auditives par les autres acteurs que l'assurance maladie en direction des personnes handicapées et âgées soient transférées à l'assurance maladie, au premier rang desquelles la fraction de dépense de la PCH consacrée à l'élément 2.

[169] Une question connexe consistera à s'interroger sur le public cible des aides techniques. En effet, pour certaines aides techniques, il se peut qu'il soit pertinent de commencer la prise en charge pour les personnes âgées avant l'entrée dans la dépendance (avant le GIR 4) comme le suggère la démarche de la CNAV en direction des personnes âgées GIR 5 et 6 avec le financement d'aides simples et peu coûteuses comme les sur-élévateurs de WC ou les barres d'appui. L'intérêt de ce type d'aides réside dans la prévention des chutes et donc dans la limitation de dépenses d'assurance maladie ultérieures. Le risque réside dans le nombre d'aides à servir que la mission n'est pas en mesure d'évaluer en l'état.

D/ L'ajustement de la prise en charge sur la durée de vie des produits

[170] Comme on l'a vu supra, le renouvellement de prise en charge des aides techniques est actuellement déconnecté de la durée de vie de ces produits. Dans l'absolu, il serait judicieux de mieux ajuster le renouvellement des droits de prise en charge des usagers sur la durée de vie moyenne de chaque type de produits. Dans l'hypothèse d'une amélioration des taux de remboursement, *a fortiori*, cette orientation permettrait de dégager des économies permettant de financer les hausses de barèmes.

Recommandation n°13 : Ajuster les durées de prise en charge des aides techniques sur la durée de vie moyenne des produits.

[171] On peut également imaginer d'intéresser les usagers à l'allongement de la durée d'utilisation des aides techniques.

Recommandation n° 14 : Proposer aux personnes faisant renouveler leur aide technique au-delà du délai réglementaire un taux de remboursement plus élevé pour le nouvel appareil.

[172] La réévaluation de la prise en charge sera ainsi en tout ou partie compensée par l'allongement des droits à prise en charge. Une telle mesure serait ainsi particulièrement pertinente pour les audioprothèses : une meilleure prise en charge au départ mais à une périodicité plus espacée qu'aujourd'hui (au minimum 5 ans contre trois aujourd'hui, et potentiellement plus selon la nature du produit pris en charge).

2.2. Scénario n°2 : Se limiter à l'optimisation du système actuel

[173] La principale faiblesse du statu quo est que ni la DGCS ni la CNSA ne paraissent être en mesure, aussi bien du point de vue de leurs effectifs que des compétences dont elles disposent, d'effectuer l'actualisation régulière des tarifs de prise en charge des aides techniques. Par ailleurs il perpétuera les nombreuses insuffisances décrites dans la première partie du rapport, tant pour les usagers que pour les financeurs.

[174] Pour autant, même dans ce cas de figure, des mesures paraissent cependant pouvoir optimiser le dispositif actuel.

2.2.1. Lever les entraves juridiques qui limitent le recours aux aides techniques dans l'APA

[175] Un assouplissement du mode de paiement de l'APA pourrait faciliter le recours aux aides techniques pour les personnes âgées dépendantes : en effet, alors que le paiement des aides techniques pour les personnes handicapées est fait en un seul versement pour la PCH, dans le cas de l'APA, le versement peut s'étaler sur plusieurs mois du fait de l'existence de plafonds mensuels de prise en charge. Pour les aides coûteuses, les personnes âgées dépendantes se voient donc parfois contraintes de faire l'avance si elles veulent acquérir une aide. Permettre à la commission d'attribution de l'APA d'autoriser, au cas par cas, un paiement par anticipation de certaines aides techniques coûteuses facilitera le recours à ces aides pour les personnes âgées dépendantes, comme cela est aujourd'hui possible pour la PCH.

Recommandation n° 15 : Permettre à la commission d'attribution de l'APA d'autoriser, au cas par cas, un paiement par anticipation de certaines aides techniques coûteuses pour faciliter le recours à ces aides pour les personnes âgées dépendantes

[176] En revanche, il n'apparaît pas souhaitable à la mission de créer une enveloppe spécifique « aides techniques » dans l'APA. Non seulement cela complexifierait la prestation et donc les coûts associés à sa gestion, mais cela induirait des aussi effets problématiques : soit la création de cette enveloppe se ferait à budget constant et donc aurait pour effet de réduire le recours à l'aide humaine, soit cela se ferait en plus des plafonds actuels de recours à l'APA ce qui pose la question de l'abondement d'une telle enveloppe.

2.2.2. Le recours aux fonds départementaux de compensation doit être optimisé

[177] D'une manière comparable, autoriser les FDC à effectuer des avances éviterait aux personnes handicapées de pâtir des délais longs d'instruction de leur demande alors que dans la très grande majorité des cas l'instruction du dossier conduit à une solvabilisation très large des personnes handicapées. Cette proposition était déjà émise par l'Igas dans son rapport de 2011 sur l'évaluation de la PCH.

Recommandation n° 16 : Mettre en place un système d'avances au profit des bénéficiaires des fonds départementaux de compensation

Recommandation n° 17 : Dans le cas du maintien des FDC, inclure les contrats d'assurances dans les pièces obligatoires à fournir pour la demande d'aides techniques.

[178] La mission considère, concernant le fonctionnement des fonds départementaux de compensation, que les préconisations de la mission Igas de 2011 restent largement d'actualité tant que le système global de financement n'aura pas évolué. Elles peuvent être complétées par d'autres mesures.

Recommandation n° 18 : Prendre le décret d'application de l'article L. 146-5 du CASF pour déterminer les conditions de calcul des restes à charge des personnes handicapées après intervention des fonds départementaux de compensation

Recommandation n° 19 : Créer un réseau des gestionnaires de fonds départementaux de compensation. Renforcer le soutien opérationnel de la CNSA en direction des MDPH dans la mise en œuvre opérationnelle de la politique des aides techniques : recommandations en matière d'organisation des processus MDPH/FDC, conseil pour la composition des équipes d'évaluation APA et PCH, mise en ligne sur le site de la CNSA d'une foire aux questions avec moteur de recherche, accès simplifié sur le site aux guides relatifs à la PCH élaborés par la CNSA ou encore mise en place de formations spécifiquement dédiées à la prise en charge des aides techniques.

Recommandation n° 20 : Faire des FDC les instances de coordination de tous les financements

Recommandation n° 21 : L'Agefiph et l'ANAH devraient s'impliquer au sein des fonds départementaux de compensation

Recommandation n° 22 : Privilégier le critère de ressources pour le bénéfice des fonds départementaux de compensation. Mettre en place des barèmes nationaux de restes à charge ou des tickets modérateurs fonction du niveau de revenu des personnes handicapées

- [179] L'une des principales sources de délais, pour les usagers, et de complexité et de coûts de fonctionnement, pour les conseils généraux, réside dans la double gestion CDAPH et FDC. La nécessité d'évoquer deux fois les mêmes dossiers dans deux instances, les membres de la seconde participant déjà en presque totalité à la première, n'apparaît qu'à quelque financeurs, très minoritaires, qui ne participent qu'au FDC et tiennent à donner leur avis sur les dossiers peu nombreux qui n'ont pas été complétés par le service instructeur de la MDPH. La CDAPH a déjà fait tout le travail d'évaluation et de préconisation, mais la CDAPH ne décide que de la partie financée par la PCH. Il est suggéré qu'elle puisse se prononcer sur l'ensemble des cofinancements, y compris extra-légaux, au besoin avec la participation des financeurs du FDC qui veulent y participer.

Recommandation n° 23 : Prévoir dans le décret d'application de l'article L. 146-5 du CASF la possibilité pour les FDC de fusionner leur commission des aides techniques avec la CDAPH.

2.3. Autres recommandations

- [180] Quel que soit le scénario retenu, d'autres améliorations peuvent aussi être envisagées.

2.3.1. Renforcer le soutien aux équipes en charge de la PCH et de l'APA dans la maîtrise des coûts

- [181] Il est apparu à la mission qu'en l'état actuel des choses, les équipes d'évaluation en charge de la PCH rencontrent des difficultés dans l'identification de la pertinence d'un produit pour répondre au besoin de compensation d'une personne handicapée et du prix qu'il est souhaitable de payer. L'application du bon tarif est aussi un sujet fort d'interrogations. Pour les équipes APA, les questionnements étaient souvent absents ce qui reflète pour une large part l'absence de compétence des personnels sur le champ des aides techniques. Plusieurs mesures méritent dès lors d'être mises en œuvre en attendant une réforme plus globale du système de financement :

Recommandation n° 24 : Etablir un référentiel des aides techniques avec un prix indicatif et les principales caractéristiques des aides en débutant par les aides jugées prioritaires par les MDPH.

Recommandation n° 25 : Créer un référentiel de prix standard pour les équipements de consommation courante les plus fréquemment traités par les MDPH et autoriser les CDAPH à faire prendre en charge par la PCH des matériaux universels si ceux-ci sont moins coûteux que leur équivalent spécifique.

Recommandation n° 26 : Définir des règles nationales relatives au nombre de devis à présenter pour la prise en charge d'une aide.

Recommandation n° 27 : Expérimenter des modalités de coordinations innovantes entre acteurs

- [182] Il n'est pas nécessaire de souligner tous les gains qui peuvent être attendus d'une centralisation et d'une rationalisation des achats. Pour les aides techniques proposées aux personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées vivant à domicile, ces bonnes pratiques sont essentiellement le fait des distributeurs qui encaissent ainsi la marge qui en résulte. Il conviendrait de favoriser cette démarche de la part des financeurs, notamment l'assurance maladie et les conseils généraux, en les autorisant à s'associer aux centrales d'achats publiques existantes, notamment hospitalières.

Recommandation n° 28 : Développer les groupements publics d'achats d'aides techniques avec appel d'offres, dans l'hypothèse du maintien des aides techniques dans la PCH, aide ou incitation financière de la CNSA aux MDPH qui adhèreraient à une centrale d'achat ou de prêt.

- [183] Une telle pratique induirait donc que le financeur prendrait à sa charge 100% du coût de l'aide financée et que les personnes ne pourraient choisir plus leur aide plus que parmi les aides proposées par le financeur. De telles options pourraient être expérimentées pour les aides génériques, couramment utilisées et ne nécessitant pas d'individualisation, comme par exemple des sièges de douche simple.

- [184] Dans la même logique, il apparaît à la mission utile de lever les obstacles juridiques qui freinent le développement des réseaux de distributeurs conventionnés par les organismes de protection complémentaire qui ont intérêt à la modération des prix⁴¹.

Recommandation n° 29 : Compléter le code de la mutualité (loi) pour permettre aux organismes de protection complémentaire de conventionner des réseaux de distributeurs d'aides techniques.

- [185] Des reconnaissances réciproques des évaluations entre partenaires permettront un recours plus économe aux compétences en ergothérapie et une limitation du coût de gestion des prestations. Le Conseil général de la Marne et la CPAM ont ainsi passé une convention relative aux besoins du public âgé dont la reconnaissance mutuelle des évaluations est un volet. Cela pourrait par exemple s'appliquer aux relations entre les MDPH d'un côté et l'Agefiph et le FIPHFP d'un autre. Une telle action aurait de plus l'intérêt de réduire la durée d'instruction des dossiers et de mettre ainsi à disposition les aides aux personnes de façon plus rapide.

Recommandation n° 30 : Encourager des conventions de reconnaissance réciproque des évaluations médico-sociales entre MDPH-Conseil général et ses partenaires

2.3.2. Prescription-préconisation : renforcer l'indépendance et l'information des professionnels

2.3.2.1. Prévenir les conflits d'intérêts des professionnels

- [186] Certains professionnels comme les audioprothésistes et les ergothérapeutes sont, pour une part minoritaire, employés par des fabricants ou distributeurs d'aides techniques en même temps qu'ils sont associés à des évaluations du service rendu ou à des préconisations d'usage, en établissements de santé, pour les personnes hébergées, ou à domicile pour les autres. Un tel conflit d'intérêt est problématique au regard de leur indispensable indépendance de prescripteur-préconisateur.

Recommandation n° 31 : Elaborer une charte de déontologie encadrant la pratique des professionnels-conseil, notamment les audioprothésistes et les ergothérapeutes, et garantissant leur indépendance à l'égard des distributeurs et des fabricants (déclarations d'intérêt obligatoire etc.).

⁴¹ Au moment de la rédaction du présent rapport, une proposition de loi en ce sens était en discussion au Parlement.

Recommandation n° 32 : Contrôler les prescriptions par l'engagement éventuel de professionnels-conseils (ergothérapeutes, audioprothésistes notamment).

2.3.2.2. Développer l'échange d'informations fiables entre équipes d'évaluation

- [187] A défaut de pouvoir disposer en propre dans chaque MDPH de toutes les compétences, il serait souhaitable qu'un référent « aides techniques » soit désigné dans chacune d'entre elles. Il aurait pour mission de tenir à jour la documentation spécialisée, d'être un conseil pour ses collègues et d'être le correspondant de la CNSA pour ce sujet. La CNSA pourrait formaliser ce réseau de référents qu'elle aurait la responsabilité d'animer. Sa première tâche pourrait consister à élaborer un référentiel des aides techniques et de recommandations pour leur utilisation. La principale difficulté réside dans la mise à jour régulière de cet outil.

Recommandation n° 33 : Créer un référent « aides techniques » dans chaque équipe médico-sociale et organiser ces référents en un réseau animé soit par la CNSA (scénario n°2) chargé de tenir à jour un référentiel des principales aides techniques utilisées soit par l'ARS (scénario n°1).

2.3.2.3. Etendre le recours aux compétences en ergothérapie

- [188] Les ergothérapeutes sont les professionnels les plus compétents en matière d'aides techniques, bien plus que les médecins dont le programme d'études aborde très peu ce sujet. De surcroît, l'intervention obligatoire d'un médecin dans la prescription d'une aide technique-dispositif médical est inutilement plus coûteuse que celle de professionnels paramédicaux. L'utilisation d'ergothérapeutes comme prescripteurs d'aides techniques ne nécessitant pas une implantation médicale mais un apprentissage d'utilisation est courante dans les pays nordiques.
- [189] Un recours plus large aux compétences des ergothérapeutes permettrait une meilleure identification des besoins mal couverts, une meilleure compensation des déficiences et handicaps et prévention plus active de la perte d'autonomie. En France, un organisme de retraite complémentaire comme l'AGIRC-ARRCO a bien vu l'intérêt qu'il avait à s'engager dans cette voie : il finance maintenant des prestations conseils en ergothérapie aux personnes de plus de 75 ans vivant à leur domicile afin de prévenir une dégradation de leur autonomie et de favoriser leur maintien à domicile.

Recommandation n° 34 : Etendre le droit de prescription des aides techniques et dispositifs médicaux inscrit à la LPPR aux ergothérapeutes.

- [190] Recourir de façon plus large à des compétences d'ergothérapeutes n'induit pas que les MDPH et les Conseils généraux doivent augmenter leurs effectifs globaux. D'une part, un certain nombre de personnels aux compétences principalement sociales et administratives pourraient utilement être remplacés progressivement par des ergothérapeutes. Par ailleurs, par la voie du conventionnement avec des partenaires extérieures, les MDPH et les Conseils généraux pourraient s'associer les prestations d'ergothérapeutes non salariés du département, comme cela se fait déjà dans quelques départements. Enfin, la mutualisation des compétences en ergothérapie entre les équipes d'évaluation de la PCH et de l'APA devrait être progressivement généralisée.

Recommandation n° 35 : Etendre le recours aux compétences d'ergothérapeutes auprès des équipes techniques d'évaluation de la PCH et de l'APA.

2.3.3. Améliorer l'usage

2.3.3.1. Accroître les obligations pesant sur les fournisseurs vis-à-vis des usagers

[191] Pour améliorer l'usage fait par les personnes des aides techniques dont elles ont besoin dans leur vie quotidienne, il est nécessaire de mieux spécifier les obligations qui pèsent sur les vendeurs dans leur relation avec les utilisateurs et de rendre obligatoire pour certains aides la capacité pour l'utilisateur à faire des tests des produits avant d'en faire l'acquisition. Des labellisations de réseau de vendeurs pourraient être mises en place. Spécifier, par type d'aides techniques, les pré requis faits au vendeur en termes de durée et conditions d'essais, accompagnement, service après vente, garantie.

Recommandation n° 36 : Expérimenter la mise en place de labellisation de vendeurs par type d'aides techniques.

Recommandation n° 37 : Conditionner la prise en charge des aides coûteuses ou fortement individualisables à l'essai par l'utilisateur, avant acquisition, du produit pendant une durée déterminée

2.3.3.2. Mieux s'assurer de l'utilisation effective des aides

[192] Aucun contrôle quant à l'utilisation effective et adéquate des aides techniques par les personnes n'est aujourd'hui réalisé. Les contrôles d'effectivité des Conseils généraux se cantonnent à celui de l'achat par la présentation de la facture. Or une aide mal utilisée (ou non utilisée) peut induire plus de dommages que de bénéfices, comme par exemple un risque de chute pour une personne n'utilisant pas correctement son siège de douche pour se laver. Cette absence de contrôle est d'autant plus problématique que les tests de matériel restent encore rares, et sont souvent fonction du bon vouloir de tel ou tel distributeur. Il n'existe donc pas aujourd'hui de moyens de s'apercevoir après l'achat par l'utilisateur qu'un produit est en réalité inadapté ou mal utilisé.

Recommandation n° 38 : Renforcer le contrôle effectif, après attribution, de l'usage des aides techniques par les personnes, notamment pour les aides élaborées.

[193] Un tel contrôle, limité aux aides les plus complexes ou sophistiquées, pourrait être confié aux équipes techniques d'évaluation qui aurait dès lors la responsabilité d'une visite de suivi à domicile quelques temps après l'acquisition d'une aide technique pour vérifier l'utilisation effective et correcte des aides et apporter d'éventuels correctifs. Mieux prendre en compte les besoins en aides techniques des aidants

[194] Il apparaît par ailleurs pertinent à la mission que les besoins des aidants soient aussi pris en compte afin d'éviter leur essoufflement accéléré.

Recommandation n° 39 : Expérimenter des dispositifs permettant de mieux prendre en compte les besoins en aides techniques des aidants.

[195] Plusieurs voies pourraient être explorées comme la participation des aidants lors de la visite à domicile de l'équipe médico-sociale et le financement de certaines aides facilitant leur travail.

2.3.4. Mieux informer les usagers

[196] A défaut d'une information mieux organisée qui résulterait d'une rationalisation de l'organisation du dispositif, il est urgent de prendre au moins quelques initiatives pour améliorer les possibilités de choix des usagers.

Recommandation n° 40 : Mettre à jour les guides des aides techniques (CNSA-UFC etc.)

Recommandation n° 41 : Encadrer la publicité sur les aides techniques en interdisant la publicité médias pour les aides techniques remboursées par la sécurité sociale et en limitant

l'information donnée par le distributeur aux moyens de proximité : encart pour signaler sa présence, enseigne, et documentation sur place, proposition de conseils et devis gratuits, engagement de qualité.

Recommandation n° 42 : Dans l'hypothèse du scénario n°2, fixer à la CNSA dans sa convention d'objectifs et de gestion une mission de réactivation d'un portail d'informations sur les aides techniques, portail géré soit directement par la CNSA soit via une délégation de service public dont elle serait le délégant.

- [197] Cela nécessiterait une révision de la COG qui lie la CNSA et l'Etat pour renforcer les moyens qu'elle déploiera sur cette action.

2.3.5. Rechercher des voies alternatives de mise à disposition des aides techniques

- [198] Le dispositif de prise en charge actuel repose de façon très forte sur l'acquisition. En effet, une fois le financement de l'aide bouclé, le bénéficiaire devient propriétaire des aides. Ce système est non seulement source de gaspillage quand la situation de la personne évolue (par exemple évolution de la perte d'autonomie d'une personne âgée dépendante induisant un changement de ses besoins ou entrée en établissement sans possibilité de transférer l'aide dans le nouveau lieu de vie) mais pose aussi des difficultés aux personnes et à leur famille pour se débarrasser de ces produits quand ils n'en ont plus usage.

Recommandation n° 43 : Encourager la mise en place d'expérimentations en faveur de la location et du prêt pour les aides techniques coûteuses couramment utilisées et faiblement individualisées comme cela existe pour les lits médicalisés.

2.4. Le cas prioritaire des audioprothèses

- [199] Dans l'annexe n° 5 au présent rapport, les audioprothèses ont fait l'objet d'un examen approfondi. Certaines recommandations sont communes à l'ensemble des aides techniques évoquées dans ce rapport et ont déjà été indiquées ci-dessus. Les autres, plus spécifiques à ce domaine, sont les suivantes :

Recommandation n° 44 : Faire réaliser par la HAS une véritable étude (sans doute européenne) sur le service médical rendu⁴² des audioprothèses et de leurs options, avec la collaboration des fabricants, des audioprothésistes, des médecins otorhinolaryngologistes spécialisés en surdité et éventuellement d'orthophonistes.

Recommandation n° 45 : Elaborer un référencement des prothèses qui lie les capacités attendues aux compensations nécessaires et suffisantes pour labelliser un type d'appareil et un tarif de remboursement en conséquence.

Recommandation n° 46 : Ne pas rendre obligatoire une contre-visite systématique du médecin ORL après l'appareillage.

Recommandation n° 47 : Prévoir une prestation d'essai réglage forfaitaire équivalent à un coût de dix heures d'audioprothésiste pour cinq ans, coût indissociable de l'achat de l'appareil.

Recommandation n° 48 : Prévoir un dispositif de convention avec les audioprothésistes rémunérant les prestations d'entretien, un tarif plus élevé étant appliqué au-delà des cinq premières années.

⁴² On entend par service médical rendu, en écho au secteur du médicament, le niveau de compensation de la déficience dans la communication quotidienne de l'utilisateur, nonobstant les performances technologiques moins basiques.

Recommandation n° 49 : Fixer un tarif de responsabilité pour la prise en charge à 100% des audioprothèses des titulaires de la CMU équivalent au prix d'entrée de gamme de deux prothèses après négociation avec la profession, mais augmenter la périodicité de renouvellement à 5-6 ans sauf dégradation exceptionnelle de l'audition.

CONCLUSION

- [200] Une amélioration substantielle du service rendu aux usagers comme la diminution des coûts de gestion des aides techniques ne peuvent résulter que du regroupement de l'essentiel du dispositif sous la responsabilité de l'assurance maladie.
- [201] Une meilleure maîtrise du coût des aides techniques peut être recherchée par le développement de bonnes pratiques de préconisation, d'achat et d'usage. Toutefois, la conjonction d'une totale liberté de choix et d'une solvabilisation élevée, tout au moins pour les personnes handicapées, propre au système français, mérite d'être interrogée.
- [202] La mission est bien consciente de ce que ces hypothèses ne sont pas souhaitées par les associations représentant les usagers, très attachées à la lettre de la loi de 2005, en dépit des défauts qu'ils lui reconnaissent en matière de complexité et de délais en particulier.
- [203] Le maintien du statu quo apparaît néanmoins lourd de risques inflationnistes. Les insuffisances nombreuses relevées supra sont susceptibles de s'aggraver en raison de l'engorgement de l'administration centrale comme de celui des services départementaux.
- [204] La mission milite donc pour une évolution maîtrisée et expliquée aux usagers dont elle maintiendrait le niveau actuel de prise en charge tout en améliorant très sensiblement le service rendu.
- [205] En tout état de cause, des améliorations nombreuses, quoi que plus modestes, peuvent être apportées, même dans le cadre actuel.

Philippe BLANCHARD

Hélène STROHL-MAFFESOLI

Bruno VINCENT

Les recommandations de la mission

N°	Recommandation
1	Désigner la DSS comme pilote du dispositif dans l'hypothèse d'un élargissement de la LPPR aux principales aides techniques comme recommandé infra.
2	Retirer l'Etat de la participation aux CDAPH et FDC pour redéployer des moyens humains pour des missions de contrôle.
3	Renforcer la section des dispositifs médicaux du CEPS
4	Renforcer l'association de personnels paramédicaux (ergothérapeutes etc.) et de travailleurs sociaux dans les travaux de la HAS relatifs aux aides techniques.
5	Développer les études européennes sur le service technique rendu par les aides techniques et leurs options. Demander l'inscription en priorité des audioprothèses au programme de travail de l'agence européenne du médicament (AEM).
6	Charger la CNAM de mener une étude qualitative sur un échantillon de personnes visant à une connaissance du reste à charge évalué par les services administratifs, du reste à charge réel, de son poids dans le budget des personnes et de la décision finale de celles-ci en matière d'acquisition d'aides techniques.
7	Renforcer le partage et la collecte d'information sur les aides techniques par le biais d'enquêtes flash thématiques réalisés conjointement entre la Drees et la CNAM.
8	Elargir progressivement la LPPR aux aides techniques les plus prescrites et les plus onéreuses et retirer du financement de la PCH et de l'APA les aides techniques correspondantes.
9	Supprimer l'intervention de la PCH et du FDC en dehors des cas considérés comme complexes par la CDAPH, l'assurance maladie prenant à sa charge l'intégralité du coût des aides.
10	Fixer, pour chaque catégorie d'aides techniques de la LPPR élargie, un prix limite de vente cohérent avec le coût de fabrication des produits et un tarif de responsabilité en adoptant une démarche progressive débutant par les aides générant la plus forte dépense.
11	Labelliser des aides techniques d' « entrée de gamme » qui seront vendues au prix limite de vente.
12	Réévaluer la prise en charge des aides techniques inscrites à la LPPR, en commençant par les prothèses auditives.
13	Ajuster les durées de prise en charge des aides techniques sur la durée de vie moyenne des produits.
14	Proposer aux personnes faisant renouveler leur aide technique au-delà du délai réglementaire un taux de remboursement plus élevé pour le nouvel appareil.
15	Permettre à la commission d'attribution de l'APA d'autoriser, au cas par cas, un paiement par anticipation de certaines aides techniques coûteuses pour faciliter le recours à ces aides pour les personnes âgées dépendantes

16	Mettre en place un système d'avances au profit des bénéficiaires des fonds départementaux de compensation
17	Dans le cas du maintien des FDC, inclure les contrats d'assurances dans les pièces obligatoires à fournir pour la demande d'aides techniques.
18	Prendre le décret d'application de l'article L. 146-5 du CASF pour déterminer les conditions de calcul des restes à charge des personnes handicapées après intervention des fonds départementaux de compensation
19	Créer un réseau des gestionnaires de fonds départementaux de compensation. Renforcer le soutien opérationnel de la CNSA en direction des MDPH dans la mise en œuvre opérationnelle de la politique des aides techniques : recommandations en matière d'organisation des processus MDPH/FDC, conseil pour la composition des équipes d'évaluation APA et PCH, mise en ligne sur le site de la CNSA d'une foire aux questions avec moteur de recherche, accès simplifié sur le site aux guides relatifs à la PCH élaborés par la CNSA ou encore mise en place de formations spécifiquement dédiées à la prise en charge des aides techniques.
20	Faire des FDC les instances de coordination de tous les financements
21	L'Agefiph et l'ANAH devraient s'impliquer au sein des fonds départementaux de compensation
22	Privilégier le critère de ressources pour le bénéfice des fonds départementaux de compensation. Mettre en place des barèmes nationaux de restes à charge ou des tickets modérateurs fonction du niveau de revenu des personnes handicapées
23	Prévoir dans le décret d'application de l'article L. 146-5 du CASF la possibilité pour les FDC de fusionner leur commission des aides techniques avec la CDAPH.
24	Etablir un référentiel des aides techniques avec un prix indicatif et les principales caractéristiques des aides en débutant par les aides jugées prioritaires par les MDPH.
25	Créer un référentiel de prix standard pour les équipements de consommation courante les plus fréquemment traités par les MDPH et autoriser les CDAPH à faire prendre en charge par la PCH des matériaux universels si ceux-ci sont moins coûteux que leur équivalent spécifique.
26	Définir des règles nationales relatives au nombre de devis à présenter pour la prise en charge d'une aide.
27	Expérimenter des modalités de coordinations innovantes entre acteurs
28	Développer les groupements publics d'achats d'aides techniques avec appel d'offres, dans l'hypothèse du maintien des aides techniques dans la PCH, aide ou incitation financière de la CNSA aux MDPH qui adhèreraient à une centrale d'achat ou de prêt.
29	Compléter le code de la mutualité (loi) pour permettre aux organismes de protection complémentaire de conventionner des réseaux de distributeurs d'aides techniques.
30	Encourager des conventions de reconnaissance réciproque des évaluations médico-sociales entre MDPH-Conseil général et ses partenaires
31	Elaborer une charte de déontologie encadrant la pratique des professionnels-conseil, notamment les audioprothésistes et les ergothérapeutes, et garantissant leur indépendance à l'égard des distributeurs et des fabricants (déclarations d'intérêt obligatoire etc).

32	Contrôler les prescriptions par l'engagement éventuel de professionnels-conseils (ergothérapeutes, audioprothésistes notamment).
33	Créer un référent « aides techniques » dans chaque équipe médico-sociale et organiser ces référents en un réseau animé soit par la CNSA (scénario n°2) chargé de tenir à jour un référentiel des principales aides techniques utilisées soit par l'ARS (scénario n°1).
34	Etendre le droit de prescription des aides techniques et dispositifs médicaux inscrit à la LPPR aux ergothérapeutes.
35	Etendre le recours aux compétences d'ergothérapeutes auprès des équipes techniques d'évaluation de la PCH et de l'APA
36	Expérimenter la mise en place de labellisation de vendeurs par type d'aides techniques
37	Conditionner la prise en charge des aides coûteuses ou fortement individualisables à l'essai par l'utilisateur, avant acquisition, du produit pendant une durée déterminée
38	Renforcer le contrôle effectif, après attribution, de l'usage des aides techniques par les personnes, notamment pour les aides élaborées.
39	Expérimenter des dispositifs permettant de mieux prendre en compte les besoins en aides techniques des aidants.
40	Mettre à jour les guides des aides techniques (CNSA-UFC etc.)
41	Encadrer la publicité sur les aides techniques en interdisant la publicité médias pour les aides techniques remboursées par la sécurité sociale et en limitant l'information donnée par le distributeur aux moyens de proximité : encart pour signaler sa présence, enseigne, et documentation sur place, proposition de conseils et devis gratuits, engagement de qualité.
42	Dans l'hypothèse du scénario n°2, fixer à la CNSA dans sa convention d'objectifs et de gestion une mission de réactivation d'un portail d'informations sur les aides techniques, portail géré soit directement par la CNSA soit via une délégation de service public dont elle serait le délégant.
43	Encourager la mise en place d'expérimentations en faveur de la location et du prêt pour les aides techniques coûteuses couramment utilisées et faiblement individualisées comme cela existe pour les lits médicalisés.
44	Faire réaliser par la HAS une véritable étude (sans doute européenne) sur le service médical rendu ⁴³ des audioprothèses et de leurs options, avec la collaboration des fabricants, des audioprothésistes, des médecins otorhinolaryngologistes spécialisés en surdité et éventuellement d'orthophonistes
45	Elaborer un référencement des prothèses qui lie les capacités attendues aux compensations nécessaires et suffisantes pour labelliser un type d'appareil et un tarif de remboursement en conséquence.
46	Ne pas rendre obligatoire une contre-visite systématique du médecin ORL après l'appareillage.

⁴³ On entend par service médical rendu, en écho au secteur du médicament, le niveau de compensation de la déficience dans la communication quotidienne de l'utilisateur, nonobstant les performances technologiques moins basiques.

47	Prévoir une prestation d'essai réglage forfaitaire équivalent à un coût de dix heures d'audioprothésiste pour cinq ans, coût indissociable de l'achat de l'appareil.
48	Prévoir un dispositif de convention avec les audioprothésistes rémunérant les prestations d'entretien, un tarif plus élevé étant appliqué au-delà des cinq premières années.
49	Fixer un tarif de responsabilité pour la prise en charge à 100% des audioprothèses des titulaires de la CMU équivalent au prix d'entrée de gamme de deux prothèses après négociation avec la profession, mais augmenter la périodicité de renouvellement à 5-6 ans sauf dégradation exceptionnelle de l'audition

Liste des annexes

Annexe n°1 : Liste des personnes rencontrées

Annexe n°2 : Le financement des aides techniques pour les personnes handicapées

Annexe n°3 : Le financement des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes

Annexe n°4 : Prescriptions et préconisations

Annexe confidentielle n°5 : Les prothèses auditives

Annexe n°6 : Données d'ensemble sur l'APA, la PCH et l'ACTP

Annexe n°7 : Synthèse des recommandations

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Thomas Fatome, directeur

DIRECTION GENERALE A LA COHESION SOCIALE (DGCS)

Sabine Fourcade, directrice générale

Nathalie Cuvillier, sous directrice Personnes âgées Personnes handicapées

Céline Péruchon, cheffe du bureau des droits et de la compensation

Marion Chaput, chargée de mission sur la PCH

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES)

Magda Tomasini, sous directrice à l'observation de la solidarité

Renaud Legal, chef du bureau des dépenses de santé et des relations avec l'assurance maladie

Etienne Debauche, chef du bureau handicap-dépendance

Mélanie Bérardier, chargée d'études sur les personnes handicapées

Maude Espagnacq, chargée d'études au bureau handicap-dépendance

Rémy Marquier, chef du bureau des collectivités locales

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE (CNSA)

Luc Allaire, directeur général

Bernadette Moreau, directrice de la compensation

Marion Lambolez, chargée de mission, ergothérapeute

Emmanuelle Brun, économiste de la santé

Julie Reynaud, direction financière

Amandine Weber, statisticienne

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

Catherine Colignon, cheffe du service de l'évaluation des dispositifs médicaux

Jean-Michel Dubernard, président de la Commission nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDIMTS)

COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE (CEPS)

André Tanti, vice-président du CEPS - section des dispositifs médicaux

Claire Oget Gendre, responsable de la section des dispositifs médicaux

Christophe Trémoureux, rédacteur à la tarification, section des dispositifs médicaux

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Véronique Besse, adjointe au responsable du département de l'hospitalisation, chargée du secteur médico-social

Garménick Leblanc, coordinatrice de la cellule médico-sociale, département de l'hospitalisation

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)

Albert Lautman, directeur de l'action sociale

CORSE***ARS***

Jean-Jacques Coiplet, directeur général

Santa Ottavi, cheffe du pôle régional efficacité et gestion du risque, direction de l'organisation et de la qualité de l'offre de soins

François Heurguier, délégué territorial pour la Haute-Corse

DRJSCS

Alain Dabeck, directeur

Alain Ivanic, directeur adjoint

Pierre Julien Cesari, responsable du secteur handicap, parentalité, médiation familiale

DDCSPP de Haute corse

Philippe Tejedor, directeur

DDCSPP de Corse du Sud

Jean-Louis haribeau, directeur

Gaëlle Nuytens, financement MDPH

Conseil général et MDPH de Haute Corse

Jean-François Leonie, directeur des interventions sociales et sanitaires et directeur de la MDPH

Marie-France Poletti, cheffe du service de l'aide sociale aux adultes

Sabine Viola, adjointe à la cheffe du service de l'aide sociale aux adultes

Marie Ange Antoni, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Nénette Cioni, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Vanina Domarchi, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Jérôme Fornali, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Yolande Gaye, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Christophe Mariani, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Julie Micheletti, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Baptiste Piferini, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Lucie Pinasco, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Patrice Toupet, contrôleur APA au service de l'aide sociale aux adultes

Frédérique Valéry, médecin au pôle Adulte de la MDPH

Christine Geronimi, référente adulte de la MDPH

CPAM de Haute corse

Directeur

MSA de Corse

Pierrick Darcel, directeur adjoint
Rose-Marie Pasquali, assistante sociale

MARNE***Conseil général***

Eric Kariger, vice président en charge des personnes âgées, chef du service de gériatrie du CHU de Reims
Agnès Person, vice présidente en charge des personnes handicapées
Guy Carrieu, directeur général des services
Isabelle Debailleul, directrice de la solidarité départementale
Hervé Schmitt, directeur adjoint de la solidarité départementale
Damien Collard, chef du service solidarités, grand âge et handicap
Alain Marque, contrôleur au service de l'APA à domicile
Sabine Marest-Marcq, infirmière, équipe médico-sociale du pôle personne âgée
Christine Schuler, assistante sociale, équipe médico-sociale du pôle personne âgée

MDPH

Nadine Nonain, directrice
Armelle Kermangant, ergothérapeute
Elodie Vivier, ergothérapeute
Emeline Viard, chargée de gestion du fonds de compensation et assistante informatique
Céline Guissant, cheffe de service adjoint Evaluation compensation

Associations

Florence Boyer, directrice départementale de l'APF
Christiane Journeau, membre du CODERPA
Denise Jacon, représentante de l'AFM
Sylvia Leboeuf, directrice de l'office reimois des retraités et des personnes âgées
Madame Diot, secrétaire de l'association Voir ensemble
Thierry Viart, responsable départementale de l'association Voir ensemble
Bernadette Marchand, élu au conseil départementale de l'APF
Gérard Dumetier, éducateur pour enfants sourds à l'Institut Michel Fandres
Chantal Gauthier, service d'accompagnement à la vie sociale à l'Institut Michel Fandres
Miriam Znyslony, directrice du CLIC du pays champenois
Marie-Christine Bression, présidente de l'association gestionnaire du CLIC du pays champenois

VAL DE MARNE***Conseil général***

Martine Conin, directrice des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées
Martine Bazile, responsable du service de la PCH du Conseil général
Claudie Bertrand Laroche, cheffe du service des prestations aux personnes âgées

MDPH

Nadia Laporte-Phoeun, directrice par interim de la MDPH
Soraya Cardinal, responsable du Service Accueil, Animation du Réseau, Fonds de compensation
Claire Magné, ergothérapeute au service Evaluation et suivi

Associations

François Piette, vice président de Sol'iage, professeur de médecine interne et de gériatrie au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et de la Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Benjamin Zimmer, responsable innovation de la grappe d'entreprise Sol'iage
Claude Boulanger-Reijnen, président de la CDAPH du Val de Marne, Vice président du CDCPH du Val de Marne, représentant régional de l'APF Ile de France

DDCSPP

Simon Robert, directeur

CPAM

Gilles Filiberti, directeur général

UNION DES FABRICANTS D'AIDES TECHNIQUES (UFAT)

Pierrick Haan, président
Anne-Laure Marcelin, secrétaire générale

UNION NATIONALE DES SYNDICATS D'AUDIOPROTHESISTES FRANÇAIS (UNSAF)

Luis Godinho, président

ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES (ANFE)

Adeline Weller, vice présidente ANFE
Guillaume Pele, délégué Lorraine

ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (APF)

Pascal Bureau, administrateur
Malika Boubekeur, conseillère nationale sur les politiques de compensation

UNION NATIONALE POUR L'INSERTION SOCIALE DU DEFICIENT AUDITIF (UNISDA)

Cédric Lorant, président
Françoise Quérueil, secrétaire générale

ROYAUME-UNI

John Warrington, Deputy Director, Policy & Research, Procurement, Investment & Commercial Division, Department of Health
Amjad Kazmi, Senior Procurement Manager, Department of Health
France Henry-Labordère, conseillère sociale de l'ambassade de France

MEMBRES DE L'INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

Patrick Gohet
Laurent Gratioux
Annick Morel
Patrick Segal

Annexe 2 : Le financement des aides techniques aux personnes handicapées

1. DONNEES DE CADRAGE	59
1.1. <i>Liberté de choix étendue et principe de compensation de la loi de 2005</i>	59
1.1.1. La loi du 11 février 2005 a représenté un progrès notable pour la prise en charge des aides techniques des personnes handicapées	59
1.1.1.1. La PCH prend en charge les aides techniques, une nouveauté par rapport à l'ACTP ..	59
1.1.1.2. La recherche de financements complémentaires est à la charge de la MDPH et non plus de l'utilisateur	59
1.1.2. Le financement des aides techniques est encadré par des tarifs plafonds et un panier maximum sans prix limite de vente	60
1.2. <i>La solvabilisation importante des besoins des personnes handicapées dans un contexte de libre choix place la France dans une situation atypique en Europe</i>	63
1.2.1. Malgré l'existence de tarifs, la solvabilisation des bénéficiaires est in fine importante	63
1.2.1.1. Les aides techniques représentent une part importante de la PCH	63
1.2.1.2. Les personnes handicapées actives bénéficient de financements complémentaires spécifiques	65
1.2.1.3. L'intervention des fonds de compensation en complément de la PCH permet une solvabilisation des personnes handicapées	65
1.2.2. Au regard des expériences étrangères, l'organisation française est au croisement de différents modèles	67
1.3. <i>L'absence d'un système d'information partagée empêche le suivi fin des dépenses engagées pour les aides techniques</i>	68
1.3.1. L'organisation décentralisée de la politique du handicap ne s'est pas accompagnée de la mise à disposition d'un outil informatique commun	68
1.3.2. Le manque de partage d'information entre acteurs entrave le suivi opérationnel financier de la politique des aides techniques	69
2. UN SYSTEME DE FINANCEMENT COMPLEXE A METTRE EN ŒUVRE POUR L'ADMINISTRATION ET INSUFFISAMMENT LISIBLE ET EFFICACE POUR L'USAGER	70
2.1. <i>Huit années après la création de la PCH, la prise en charge financière des aides techniques continue d'être difficilement appréhendée par les MDPH</i>	70
2.2. <i>Un manque de lisibilité et d'efficacité pour les personnes handicapées</i>	71
2.2.1. Les délais longs de prise en charge	71
2.2.2. La compréhension de qui paie quoi	72
2.2.3. Complexité du dispositif et délais longs de mise en œuvre sont facteurs d'insécurité financière pour l'utilisateur	73
3. UNE MAITRISE FAIBLE DES COÛTS LIÉS AUX PRESTATIONS ET A LEUR GESTION	73
3.1. <i>Les coûts liés aux aides techniques sont mal maîtrisés</i>	73
3.1.1. La méconnaissance des prix et du marché met en difficulté les départements	73

3.1.1.1. La CNSA peine à remplir le rôle d'animation et d'expertise qui lui a été dévolu par la loi de 2005	73
3.1.1.2. La prise en compte des biens de consommation courante n'est pas suffisamment précise	75
3.1.2. Les modalités de prise en charge financière sont inefficaces et variables selon les départements	75
3.1.2.1. Le renouvellement de prise en charge des aides ne prend pas en compte la durée de vie des produits	75
3.1.2.2. Faute d'accompagnement, chaque département réalise de façon empirique ses propres outils et règles de décision pour le choix du produit et le paiement.....	76
3.1.2.3. L'absence d'actualisation des tarifs est problématique au regard de la logique de compensation	77
3.2. <i>La mise en œuvre est génératrice d'importants coûts de gestion</i>	78
4. DES MODALITES DE FINANCEMENT GENERATRICES D'INIQUITES ET D'INEFFICIENCES	79
4.1. <i>L'absence de régulation nationale des fonds est génératrice d'iniquités entre les personnes handicapées.....</i>	79
4.2. <i>Le risque d'effets pervers de la solvabilisation est élevé, ce qui pose la question de l'efficience du dispositif actuel.....</i>	80

1. DONNEES DE CADRAGE

1.1. *Liberté de choix étendue et principe de compensation de la loi de 2005*

1.1.1. **La loi du 11 février 2005 a représenté un progrès notable pour la prise en charge des aides techniques des personnes handicapées**

1.1.1.1. La PCH prend en charge les aides techniques, une nouveauté par rapport à l'ACTP

[206] Le 1^{er} janvier 2006, le dispositif de la PCH a remplacé celui de l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne), créée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

[207] D'après l'article L. 245-3 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la PCH prend en charge différents éléments de compensation (aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule, charges spécifiques et exceptionnelles et aides animalières). A contrario, l'ACTP compense exclusivement le surcoût lié à l'emploi d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne des personnes handicapées. Depuis la création de la PCH, aucun nouveau droit ACTP n'est créé. Seules les personnes ayant préféré conserver l'ACTP plutôt que d'opter pour la PCH restent dans le dispositif antérieur.

[208] Une aide technique est au sens du 2^{ème} alinéa de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel ».

1.1.1.2. La recherche de financements complémentaires est à la charge de la MDPH et non plus de l'usager

[209] Faisant suite à l'adoption de la loi de 2005, des fonds de compensation ont été créés. En effet, d'après l'article L. 146-5 de la loi, « *chaque maison départementale des personnes handicapées gère un fonds départemental de compensation du handicap chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation* » du handicap.

[210] Ces fonds peuvent prendre en charge aussi bien des aides techniques que des aménagements du logement ou encore des aménagements de véhicule.

[211] La création de ces fonds répondait à deux objectifs : 1) faciliter l'obtention des aides pour les personnes handicapées en mettant à la charge de l'administration la recherche et la coordination des différents financeurs possibles et 2) conserver l'engagement financier qui existait antérieurement de la part de divers acteurs en faveur des personnes handicapées⁴⁴.

⁴⁴ Dans son rapport d'information n° 359 (2006-2007), fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 3 juillet 2007, « Loi handicap : pour suivre la réforme », le sénateur M. Paul BLANC note qu' « afin d'éviter que la création de la PCH ne se traduise par un retrait des acteurs qui apportaient jusqu'ici leur contribution au financement de la compensation, notamment à travers les sites pour la vie autonome (SVA), la loi du 11 février 2005 a prévu la création, au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées, d'un fonds départemental de compensation (FDC), dont l'objectif est de compléter le financement des surcoûts liés au handicap apporté par la prestation de compensation ».

1.1.2. Le financement des aides techniques est encadré par des tarifs plafonds et un panier maximum sans prix limite de vente

- [212] En application de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, un arrêté fixant les tarifs des éléments 2, 3, 4 et 5 de la prestation de compensation du handicap été publié le 28 décembre 2005⁴⁵. L'élément 2 de la PCH s'appelle l'élément « Aides techniques ».
- [213] Les aides techniques financées dans le cadre de la compensation du handicap se rangent en deux catégories :
- les aides techniques inscrites à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, pour lesquels un certain montant est pris en charge par l'assurance maladie. Dans la suite, par esprit de clarté, ces aides seront appelées « aides techniques-dispositifs médicaux ». En effet, figurant sur la LPPR, ces aides sont des dispositifs médicaux et, à ce titre, entrent dans le champ de compétence de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS),
 - les aides techniques non inscrites à la LPPR, pour lesquelles la PCH intervient dans la prise en charge mais pas de financement légal de l'assurance maladie.
- [214] A titre d'illustration, relèvent de la première catégorie les fauteuils roulants, les prothèses auditives, les lits élévateurs, les coussins et matelas anti-escarres, les cannes et les déambulateurs.
- [215] La deuxième catégorie est plus large et non limitative. A titre d'exemple, elle comprend des aides aux soins et à la protection personnelle comme un surélévateur de WC ou un fauteuil de douche, des aides à la mobilité comme un cyclomoteur à plusieurs roues, des aides pour les activités domestiques, des aides à la communication comme le téléagrandisseur et des aides à la manipulation des produits et des biens. Les aides techniques qui ne rentreraient pas dans une des rubriques précédentes⁴⁶ sont prises en charge dans la catégorie « Autres aides ne figurant pas dans la liste ».
- [216] La LPPR est composée à 70%⁴⁷ de produits pour lesquels existe un prix limite de vente. Cependant, contrairement à la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la LPPR, les aides techniques-dispositifs médicaux n'ont pas à ce jour de prix limite de vente. Elles sont prises en charge par l'assurance maladie uniquement sur la base d'un tarif de responsabilité et d'un taux de remboursement. A titre d'exemple, le tarif plafond de la sécurité sociale pour une audioprothèse pour les personnes de plus de 20 ans est de 199,71 euros. En fonction de la situation de la personne, est appliqué à ce tarif un taux de remboursement, ce pourcentage étant de 60% dans la situation standard⁴⁸. Dans cette situation, l'assurance maladie finance 60% des 199,71 euros, soit 119,83 euros.
- [217] Les tarifs indiqués dans l'arrêté du 28 décembre 2005 pour la PCH s'appliquent de façon subsidiaire et complémentaire au financement de l'assurance maladie. Ainsi, pour une audioprothèse de classe A pour une personne de plus de 20 ans ayant une perte auditive supérieure à 70 décibels, le tarif PCH figurant dans l'arrêté est de 399,42 euros. Dans la situation d'une personne ayant un taux de remboursement par l'assurance maladie de 60%, la PCH prendra donc en charge le delta entre le tarif de l'arrêté PCH (cf. 399,42 euros) et le montant financier pris en charge par l'assurance maladie (cf. 119,83 euros), soit 279,59 euros.

⁴⁵ Cet arrêté a été modifié le 27 décembre 2007 et complété le 8 juillet 2008.

⁴⁶ C'est la classification Iso 9999 qui permet de ranger les aides dans l'une ou l'autre catégorie.

⁴⁷ Données d'entretien du 20 novembre 2012 avec le CEPS.

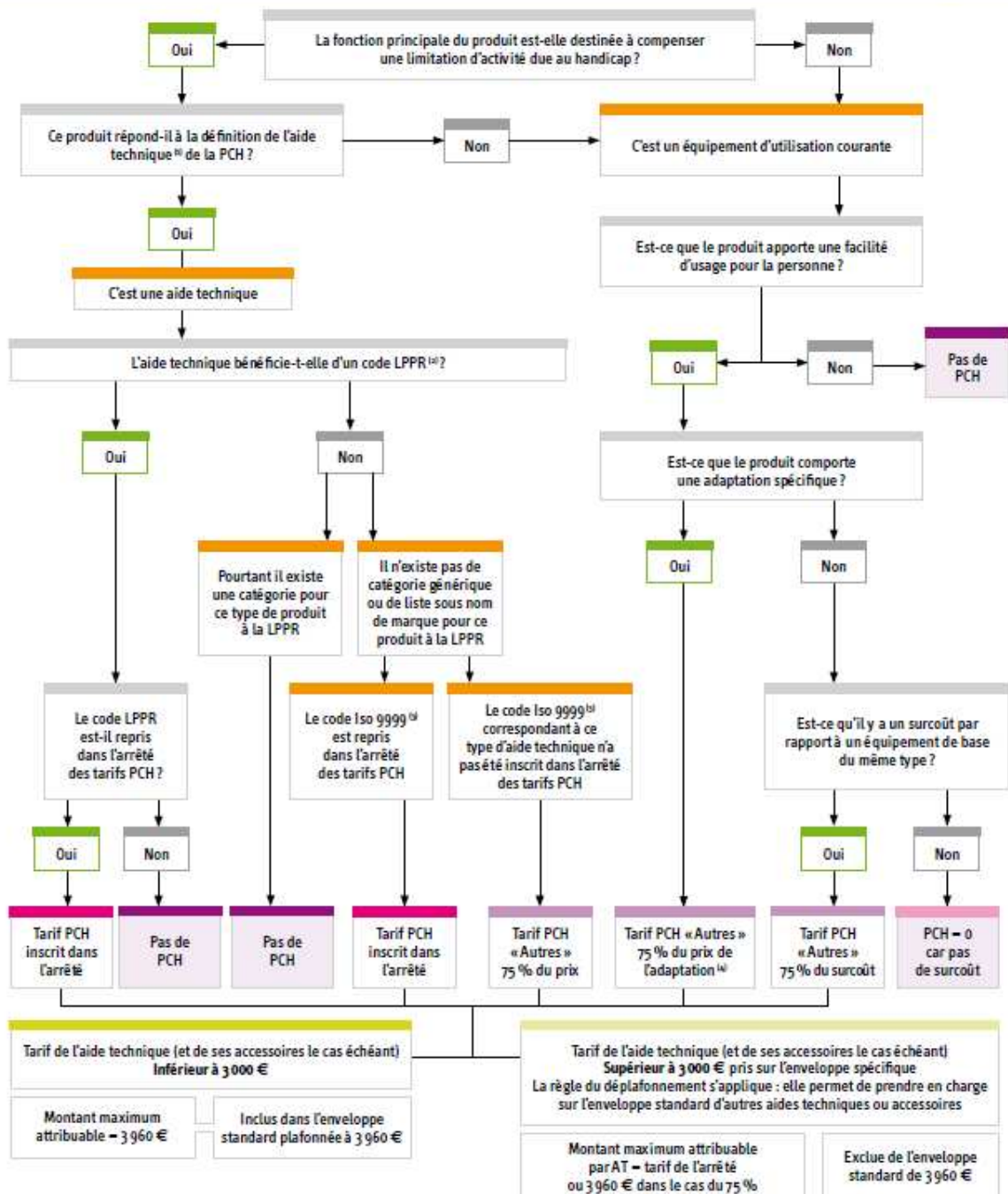
⁴⁸ Il existe différentes situations où ce taux peut être supérieur, comme par exemple pour les traitements d'une affection de longue durée (ALD) ou pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité où ce taux est de 100%.

- [218] Pour les aides techniques de la deuxième catégorie, seul le tarif de l'arrêté PCH entre en compte. Ainsi, pour un fauteuil de douche, la personne handicapée pourra être prise en charge jusqu'à un montant de 500 euros. Le versement se faisant sur présentation d'un devis ou d'une facture, il peut être inférieur à ce montant plafond. Pour les aides relevant de la catégorie « Autres », la prise en charge est plafonnée à 75% du prix d'achat de l'aide ou du surcoût de l'aide par rapport à un même produit de consommation courante comparable dans la limite de 3960 euros.
- [219] Que l'aide technique soit ou non inscrite sur la LPPR, la durée maximale d'attribution de l'aide est de 3 ans. Pour l'ensemble des aides techniques reçues par une personne, un plafond global de 3960 euros, pour toute période de 3 ans, s'applique⁴⁹. Ce panier maximum connaît une exception lorsqu'une aide⁵⁰ a un tarif supérieur à 3000 euros. Dans ce cas, l'aide en question n'est pas prise en compte dans le panier. D'un point de vue pratique, cette situation concerne principalement les fauteuils roulants à propulsion électrique, qui sont les aides les plus coûteuses.

⁴⁹ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation.

⁵⁰ Les accessoires de l'aide peuvent le cas échéant être ajoutés au tarif de l'aide.

Processus d'attribution et de détermination du tarif de la PCH aide technique



Source : CNSA, octobre 2012

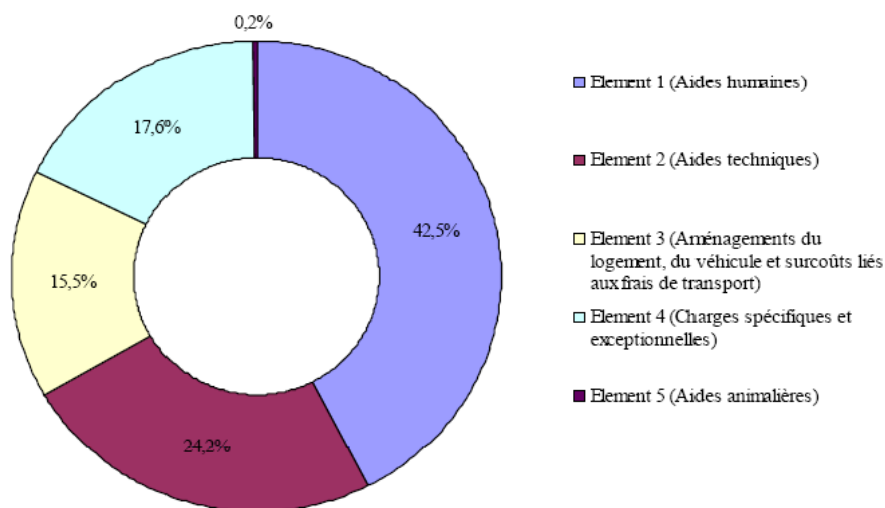
1.2. *La solvabilisation importante des besoins des personnes handicapées dans un contexte de libre choix place la France dans une situation atypique en Europe*

1.2.1. **Malgré l'existence de tarifs, la solvabilisation des bénéficiaires est in fine importante**

1.2.1.1. Les aides techniques représentent une part importante de la PCH

[220] Les aides techniques représentent une part importante du volume de décisions de la PCH. D'après les informations de la CNSA, la part des aides techniques dans l'ensemble des éléments attribués par les CDAPH oscille entre un cinquième et un quart (cf. graphique ci-dessous⁵¹), avec une tendance à la hausse depuis la création de la prestation⁵². La PCH finance des aides techniques pour plus de la moitié des personnes handicapées⁵³.

Répartition des éléments de la PCH attribués - 1^{er} semestre 2011



Source : CNSA

⁵¹Rapport d'information n°635 (2011-2012) au Parlement du 4 juillet 2012, « Loi Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante », Mmes Claire-Lise CAMPION et Isabelle DEBRÉ, au nom de la commission pour le contrôle de l'application des lois du Sénat.

⁵²Rapport d'activité 2011 de la CNSA, 17 avril 2012.

⁵³ Estimation faite par la mission au moyen d'un croisement des données de la CNSA sur la répartition des éléments de PCH attribués et des données de la DREES relatives aux nombres de bénéficiaires d'aides humaines.

[221] D'un point de vue financier, les aides techniques représentent une part très faible dans la dépense globale de la PCH : en effet, ces aides sont dans leur quasi-totalité des aides ponctuelles (ex achat d'un fauteuil roulant, d'une prothèse auditive ou d'un siège de douche), contrairement aux aides humaines qui se répètent tous les mois. Malgré un coût moyen mensuel par élément comparable aux aides humaines (770 euros par mois en moyenne pour les aides humaines et 850 euros pour les aides techniques en juin 2012), les aides techniques représentent donc seulement 1%⁵⁴ des dépenses de la PCH quand les aides humaines en représentent 93% (cf. tableau ci-dessous⁵⁵). Ces proportions conduisent à estimer que la PCH finance en 2011 au titre de son élément 2 environ 13,6 millions d'euros d'aides techniques, la PCH représentant en 2011 dans son ensemble 1,14 milliard d'euros.

Coût et répartition par élément de la PCH en juin 2012

Éléments de la PCH	Coût mensuel moyen par élément de la PCH et par allocataire concerné par l'élément (en €)	Répartition des montants versés au titre de l'élément parmi l'ensemble des montants versés (en %)	Proportion des allocataires ayant perçu un montant pour cet élément* (en %)
1 - Aide humaine	770	93	93
2 - Aide technique	850	1	1
3 - Aménagement du logement ou du véhicule, surcoûts liés au transport	460	4	7
4 - Charges spécifiques et exceptionnelles	85	2	18
5 - Aide animalière	60	0	0
Total		100	-

* La somme est supérieure à 100 % car certaines personnes ont perçu plusieurs éléments de la PCH.

Lecture • En juin 2012, le coût mensuel moyen par allocataire au titre de l'aide humaine a été de 770 €.

Champ • France métropolitaine et DOM, personnes payées en juin 2012, vivant à domicile ou en établissement, tous âges.

Sources • Enquête trimestrielle sur la PCH auprès des conseils généraux.

[222] Cependant, selon la nature du handicap et des aides techniques financées pour le compenser, des écarts importants à la moyenne de 850 euros existent, les aides les moins coûteuses ayant des tarifs de quelques euros tandis que le tarif de prise en charge le plus élevé se monte à 10 374,96 euros⁵⁶.

⁵⁴ La proportion est sensiblement comparable pour la PCH enfants, la part des aides techniques dans les dépenses s'élevant à seulement 2%.

⁵⁵ Maude Espagnacq, 2013, « Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 », *Études et résultats*, n°829, Drees, janvier.

⁵⁶ Ce tarif concerne les fauteuils roulants à propulsion et verticalisation électriques.

1.2.1.2. Les personnes handicapées actives bénéficient de financements complémentaires spécifiques

[223] L'Association nationale pour la gestion du fonds d'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) et le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) interviennent auprès des actifs, respectivement du privé et du public, pour renforcer l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Leur budget s'élève en 2011 à 479,1 euros pour l'Agefiph et à 86,3 millions d'euros pour le FIPHFP⁵⁷. Une partie de ces fonds d'intervention vise à aider les personnes handicapées salariées à acquérir des aides techniques. Ainsi, l'Agefiph a consacré, en 2011, 5,6 millions d'euros à l'acquisition d'aides techniques, soit 1,16% de l'ensemble de ses dépenses. Une extrapolation pour le FIPHFP conduit à une estimation de ses dépenses en faveur des aides techniques des personnes handicapées dans la fonction publique de l'ordre d'un million d'euro⁵⁸.

1.2.1.3. L'intervention des fonds de compensation en complément de la PCH permet une solvabilisation des personnes handicapées

[224] D'après l'article L. 146-5 de la loi de 2005, chaque MDPH a l'obligation de créer et de gérer un fond départemental de compensation (FDC) du handicap. Ce fonds est chargé « *d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation* ». La loi a notamment prévu que le reste à charge maximum des bénéficiaires ne pourrait pas excéder 10% de leur revenu personnel net d'impôt, dans la limite des tarifs et montants plafonds de la PCH.

[225] Le fonds est abondé sur la base du volontariat par des contributions principalement des caisses primaires d'assurance maladie, des collectivités au premier rang desquelles les départements, de l'Etat et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)⁵⁹. Les sommes dépensées par les fonds varient d'une année sur l'autre mais sont en légère baisse depuis 2008 : elles se situent à un peu plus de 20 millions d'euros en 2011⁶⁰. Les CPAM et les Conseils généraux ont été les principaux contributeurs en 2010 (respectivement 37% du total des apports et 35%). Les caisses de la MSA et les CAF représentent 5% et 2%⁶¹. D'autres financeurs, selon les territoires et selon la nature des situations de handicap à compenser, peuvent intervenir comme par exemple l'Agefiph ou des mutuelles.

⁵⁷ Rapport d'activité pour l'année 2011 de l'Agefiph et rapport d'activité pour l'année 2011 du FIPHFP.

⁵⁸ Les états financiers du FIPHFP ne permettent pas d'isoler en tant que telles les aides techniques financées par l'organisme. Dans l'hypothèse, probable, que la part de ces dépenses dans le budget global de l'organisme soit comparable à celle de l'Agefiph, elle s'élèverait à 1,16% des 86,3 millions d'euros, soit environ un million d'euro.

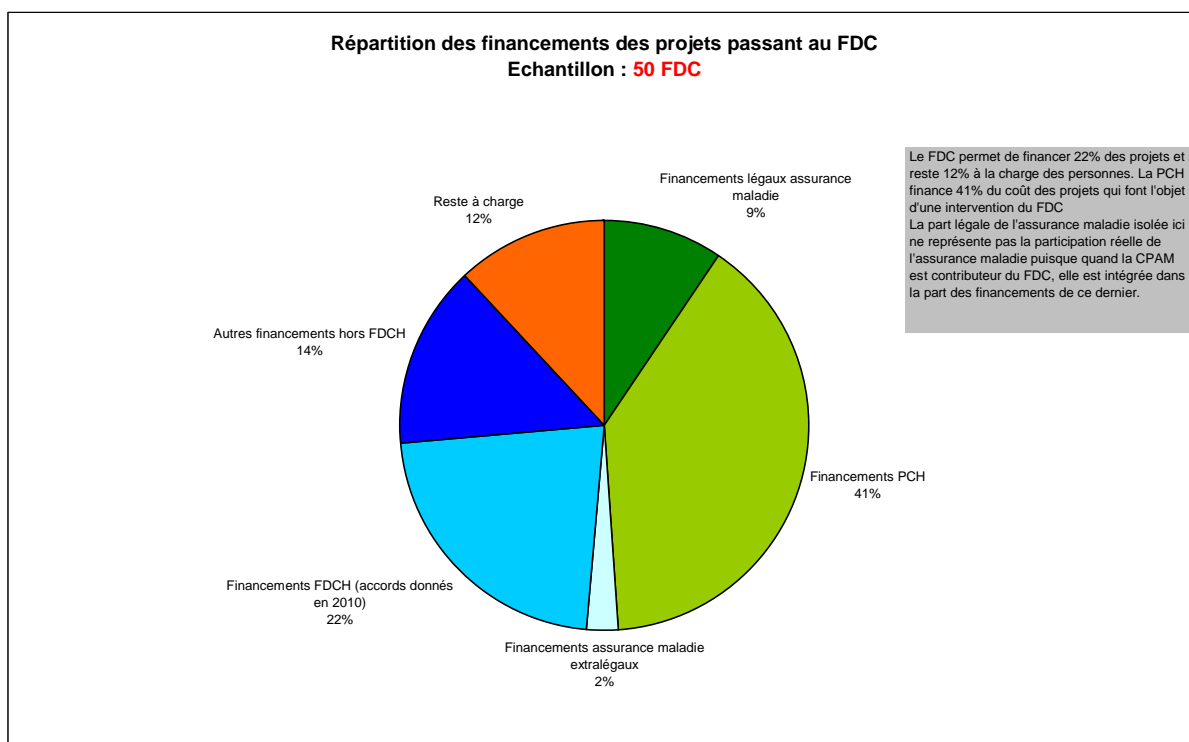
⁵⁹ D'après un recensement de la CNSA, « 60 fonds départementaux de compensation ont perçu une contribution 2010 de la part des conseils généraux et 70 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont contribué au financement des interventions des fonds départements de compensation. Les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) participent au fonctionnement de 51 fonds départementaux de compensation tandis que les caisses d'allocations familiales (CAF) interviennent dans 19 fonds. 46 fonds disposent d'aides financières de partenaires « autres ». » Il est à noter cependant qu'en 2009 et 2010, l'Etat a suspendu ses participations financières.

⁶⁰ Données CNSA 2011 non encore consolidées : 20 276 018 euros.

⁶¹ Si les fonds d'Ile de France sont mis à part, la part des apports CPAM et MSA s'élèvent à 47% des apports et celles des départements à 42%. Ces variations s'expliquent par la forte participation du Conseil régional Ile de France aux fonds départementaux, ce qui est une particularité. Ces moyennes cachent de grandes disparités locales, ces Conseils généraux ou CPAM n'intervenant parfois pas du tout dans les fonds.

[226] Dans la pratique, les fonds de compensation jouent un rôle déterminant dans la solvabilisation des personnes handicapées, en particulier pour les aides coûteuses au premier rang desquelles les prothèses auditives et les fauteuils roulants électriques. En 2010, 47% des sommes alloués par les fonds concernaient des aides techniques⁶². La dépense des fonds départementaux de compensation consacrés aux aides techniques s'élève donc à environ 9,5 millions d'euros par an⁶³. Cette somme s'ajoute donc au 13,6 millions d'euros dépensés pour des aides techniques au titre de l'élément 2 de la PCH (cf. ci-dessus). Dans le département de la Marne, les prothèses auditives représentent à elles-seules selon les années entre un quart et un tiers des dépenses du FDC⁶⁴. Tous financeurs confondus, le reste à charge moyen laissé aux personnes handicapées qui ont fait la demande d'une intervention du FDC pour faire face à leur frais de compensation a été estimé en 2010 à 12% (cf. graphique ci-dessous⁶⁵). Le dispositif actuel permet donc une solvabilisation très élevée, quand elle n'est pas totale, dans la grande majorité des situations.

[227] Au 31 décembre 2010, près des trois quarts des fonds ont un solde de fin d'année positif, le solde global de l'ensemble des fonds s'élevant à 28 995 663 €.



Source : FDC

⁶²Rapport d'activité 2011 de la CNSA, 17 avril 2012.

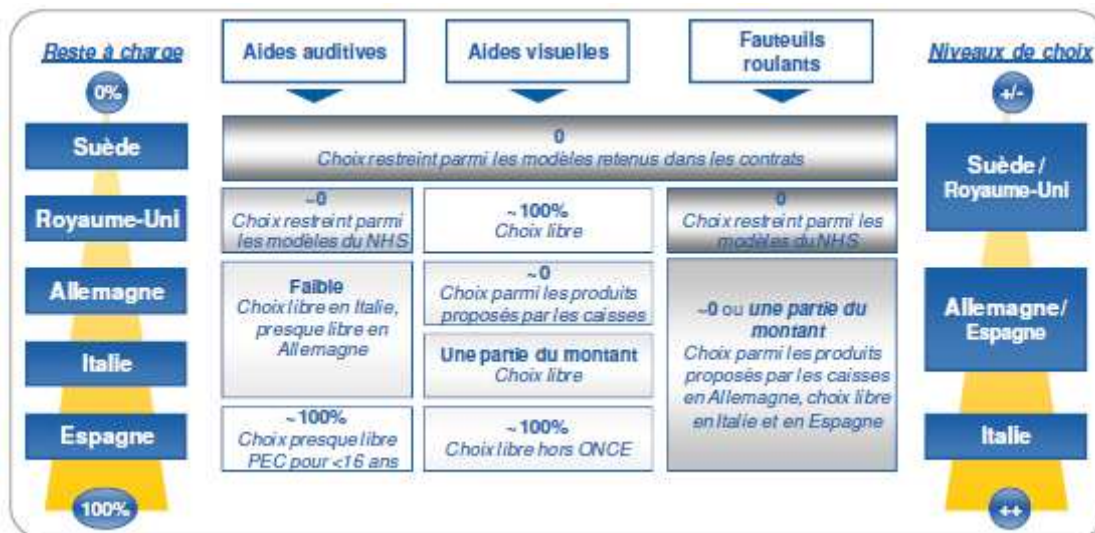
⁶³Détail du calcul : 47% x 20 276 018 euros = 9 529 728,46 euros.

⁶⁴Rapport d'activité 2011 du fonds départemental de compensation de la Marne.

⁶⁵Etude spécifique réalisée en 2011 par la CNSA.

1.2.2. Au regard des expériences étrangères, l’organisation française est au croisement de différents modèles

[228] La CNSA a financé en 2009 une étude comparative sur la prise en charge de plusieurs systèmes de prise en charge des aides techniques en Europe⁶⁶. Cette étude arrive à la conclusion qu’il existe une relation inverse entre le niveau de reste à charge et le niveau de choix des usagers (cf. graphique ci-dessous) distinguant un système fortement administré dans les pays du Nord de l’Europe d’une organisation largement libérale dans le Sud de l’Europe.



Source : CNSA

[229] Plus les usagers ont une liberté de choix importante, comme par exemple en Italie et en Espagne, moins la prise en charge est élevée. A l’inverse, moins les usagers ont de marge pour décider du produit qui va compenser leur handicap, plus leur reste à charge est faible, comme en Suède et au Royaume-Uni⁶⁷. De telles oppositions ne sont pas dénuées de logique économique : si les usagers sont mal pris en charge et doivent dépenser sur leurs propres deniers des sommes importantes, il est compréhensible qu’ils puissent choisir avec une assez grande liberté les produits qu’ils souhaitent utiliser. En revanche, si les usagers n’ont presque aucune dépense à effectuer pour acquérir leur aide, il est logique qu’ils n’aient pas une marge de choix importante.

⁶⁶ Les pays pris en compte dans l’étude sont l’Allemagne, l’Espagne, l’Italie, le Royaume-Uni et la Suède. Les trois types d’aides techniques retenues sont les prothèses auditives, les fauteuils roulants et les aides à la communication pour les déficients visuels.

⁶⁷ Le Royaume-Uni est actuellement en phase de réorganisation, la réforme en cours visant à donner plus de choix aux personnes pour leurs aides techniques, tout en accroissant leur reste à charge si les aides qu’ils choisissent sont plus coûteuses que celles servies par le National Health Service.

- [230] En comparaison de ces différents pays, la France connaît une situation hybride. Comme nous l'avons montré précédemment, la solvabilisation des personnes handicapées est importante du fait de l'intervention cumulative de tarifs de prise en charge auxquels s'ajoutent d'autres financements complémentaires visant à la compensation du handicap. Le reste à charge des personnes est donc faible. Cependant, ces usagers sont dans une situation de libre choix quasi intégral dès lors qu'ils ont reçu une prescription pour une aide technique⁶⁸. Ils n'ont de contrainte dans le choix ni du produit ni du fournisseur. Il n'existe pas même de règle nationale concernant le nombre de devis que l'administration est en droit d'exiger d'un usager pour prendre en charge un produit pour une aide qui lui a été prescrite. Certaines collectivités se sont dotées de règles internes mais, même dans ce cas là, la décision de la collectivité implique seulement que la personne est prise en charge financièrement à hauteur du montant du devis retenu : cela n'oblige pas la personne à acheter le produit mentionné sur le devis.
- [231] A rebours des expériences étrangères décrites, la France est donc dans une situation paradoxale d'une liberté de choix presque totale et d'une solvabilisation très élevée des personnes handicapées. Ce dispositif devient problématique dès lors qu'aucun encadrement n'est à ce jour appliqué aux prix fixés par les fournisseurs. A titre d'exemple, entre le prix de vente pratiqué par les fabricants et le prix de vente des distributeurs, les sièges de douche (tabouret ou chaise) voient leur prix multiplié par plus de deux⁶⁹. Dans un contexte où le resserrement des dépenses publiques implique de renforcer l'efficacité de chaque euro dépensé, l'équation liberté forte des personnes handicapées, reste à charge faible et encadrement inexistant des prix ne paraît pas tenable. De façon schématique, la France applique un modèle original : celui d'une économie libérale solvabilisée sur fonds publics.

1.3. L'absence d'un système d'information partagée empêche le suivi fin des dépenses engagées pour les aides techniques

1.3.1. L'organisation décentralisée de la politique du handicap ne s'est pas accompagnée de la mise à disposition d'un outil informatique commun

- [232] La responsabilité de la gestion de la PCH a été confiée dès sa création en 2005 aux départements aux MDPH nouvellement mises en place. L'article 88 de la loi de 2005 n'a pas prévu la mise à disposition d'un système d'information « clé en main » et commun aux MDPH et Conseils généraux pour gérer la prestation. Il ne préconise que la création d'un simple système d'information partagé (SipaPH). Or, en 2012, ce SipaPH n'est toujours par opérationnel.
- [233] Cette lacune a très tôt été signalée. Dès 2007, le sénateur Paul Blanc souligne dans son rapport d'information sur la réforme de 2005 que « le choix d'un mode de gestion clairement partenarial de la politique du handicap rend centrale la question du partage des informations entre les différents acteurs des maisons départementales »⁷⁰. Ce partage ne remettrait pas en cause la libre administration des collectivités, chacune restant libre de son organisation interne pour mener sa politique du handicap.
- [234] A l'heure actuelle, chaque MPDH continue de posséder un système d'information indépendant, interopérable ni avec d'autres MDPH ni avec ses partenaires. Une telle organisation est génératrice de coûts de gestion importants dus à l'achat coûteux auprès de prestataires informatiques des logiciels informatiques nécessaires ou à leur développement en interne. Elle est aussi source d'inefficacités dans le pilotage opérationnel et stratégique de la politique du handicap entre partenaires.

⁶⁸ Certains produits sont plus spécifiquement encadrés comme par exemple les fauteuils roulants. Tous les fauteuils roulants mis sur le marché doivent faire l'objet d'un examen devant le CERAH (Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés).

⁶⁹ Estimation réalisée par l'UFAT avec le soutien du SNITEM sur demande de l'Igas. L'étude a été réalisée sur l'année 2011 et a pris en compte 57 577 produits vendus.

⁷⁰ Rapport d'information n° 359 (2006-2007) de M. Paul BLANC, « Loi handicap : pour suivre la réforme », fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 3 juillet 2007

[235] Comme le soulignait déjà le rapport de l'Igas de 2011 sur la PCH, les travaux engagés sur la mise en place d'un système d'information partagé avec les MDPH, SipaPH, ont pris du retard. Le décret relatif à l'article 88 de la loi de 2005 n'a été pris qu'en 2008 et, du fait de difficultés techniques, à l'heure actuelle ce SipaPH n'a pas été encore mis en service.

1.3.2. Le manque de partage d'information entre acteurs entrave le suivi opérationnel financier de la politique des aides techniques

[236] Au-delà de l'établissement de données globales nationales, l'absence de partage de l'information ne permet pas aujourd'hui de réaliser une analyse détaillée de la politique des aides techniques. Le nombre d'acteurs différents ne facilite pas non plus l'identification précise de qui paie quoi. Il n'est pas aujourd'hui possible de répondre de façon fiable à deux questions aussi basiques que : quelles sont les aides techniques les plus prescrites et quelles sont les aides techniques les plus coûteuses ? A titre d'exemple, le CEPS a fait part à la mission de son incapacité actuelle à connaître les montants financiers dépensés au titre de la PCH et des FDC pour les fauteuils roulants. Cette situation est due au fait que les données étant parcellisées au sein de chaque structure locale, il n'est, en l'état, pas possible d'avoir une vision d'ensemble des enjeux financiers globaux pour une aide technique donnée.

[237] Ce constat vaut aussi pour un même acteur. En effet, un même financeur peut intervenir à différents niveaux et à différents titres. Pour exemple, l'assurance maladie intervient à trois niveaux, pour :

- Le financement légal d'aides prises en charge sur la base des tarifs fixés dans la LPPR,
- La contribution aux fonds départementaux de compensation, cette intervention représentant une part importante des moyens des fonds⁷¹.
- Le financement extra légal en sus de sa participation au fonds⁷².

[238] Or, la CNAM n'est pas en mesure aujourd'hui d'avoir une vision consolidée de ses propres financements sur ce champ de politique publique qu'est le financement des aides techniques aux personnes en situation de handicap.

[239] La mission a aussi constaté que les données relatives aux dossiers sur lesquels statue le fonds départemental de compensation ne sont pas systématiquement enregistrées dans le logiciel métier de la MDPH, empêchant dans ce cas toute consolidation de l'information.

[240] Les enquêtes périodiques de la Drees relatives à la PCH ne permettent pas non plus de compenser cette absence de système d'information partagé. La Drees passe, via des portails web accessibles aux Conseils généraux, un temps important à collecter des informations relatives à la PCH. Cependant, ces informations ne sont pas suffisamment précises pour permettre de connaître grand type d'aides par grand type d'aides le niveau de dépenses et le nombre de bénéficiaires correspondants. La réalisation d'enquêtes flash thématiques réalisés conjointement entre la Drees et la CNSA permettrait à défaut de renforcer le partage et la collecte d'information sur les aides techniques dans l'immédiat.

⁷¹ D'après le rapport d'information sénatorial n°635, en 2010, année où l'Etat avait suspendu sa participation financière aux fonds, le premier financeur des fonds étaient les caisses primaires d'assurance maladie avec 38% des moyens devant les conseils généraux à 35%.

⁷² D'après l'étude menée par la CNSA réalisée en 2011 sur données 2010, ce financement représente 2% des moyens financiers dédiés aux projets qui passent en fonds départemental de compensation.

2. UN SYSTEME DE FINANCEMENT COMPLEXE A METTRE EN ŒUVRE POUR L'ADMINISTRATION ET INSUFFISAMMENT LISIBLE ET EFFICACE POUR L'USAGER

2.1. *Huit années après la création de la PCH, la prise en charge financière des aides techniques continue d'être difficilement appréhendée par les MDPH*

- [241] L'attribution d'aides techniques aux personnes en situation de handicap est un sujet complexe à gérer pour les MDPH. En effet, au travers de cet élément de la PCH, on touche à la situation de vie de la personne dans son entièreté, aussi bien dans ses activités à son domicile que dans ses activités sociales et professionnelles. Les aides techniques, qui nécessitent d'être adaptées aux besoins des personnes en fonction de leurs handicaps et de leurs projets de vie, sont par définition très variées. Cette variété implique nécessairement que les équipes médico-sociales des MDPH se trouvent de temps en temps face à des configurations nouvelles pour lesquelles elles ne savent pas de facto ce que la PCH peut ou non prendre en charge.
- [242] Au-delà de cette complexité intrinsèque, la prise en charge financière des aides techniques continue d'être difficile à mettre en œuvre pour les MDPH. Alors que la PCH a été créée il y a huit ans, les règles de prise en charge des aides techniques restent un facteur d'intenses interrogations de la part des MDPH. A titre d'exemple, au cours du seul mois de septembre 2012, la CNSA a reçu de la part des MDPH près d'une vingtaine de questions spécifiquement sur l'élément 2 de la PCH. Il est à noter que la prise en charge de la déficience auditive est génératrice de beaucoup de questions puisqu'elle représente à elle seule environ un tiers de l'échantillon.
- [243] Ces questions sur les aides techniques portent sur un spectre large d'aspects de la prise en charge : les critères d'éligibilité, l'absence d'actualisation de la LPPR ou de l'arrêté PCH, le mode d'application des règles de prise en charge pour les biens d'utilisation courante, le calcul du décompte de la part sécurité sociale et de la part PCH, les codes LPPR ou les codes Iso à appliquer ou encore les aides qui ne sont pas explicitement dans l'arrêté PCH. La grande variété de ces questions conduit à s'interroger sur le niveau de complexité du dispositif actuel.
- [244] La mission a elle-même constaté plusieurs situations problématiques au cours de ses investigations : dans un département, étaient pris en charge des éléments qui n'auraient pas dû l'être, en l'occurrence des prothèses dentaires. Par ailleurs, l'arrêté fixant les tarifs de prise en charge des aides techniques au titre de la PCH n'ayant pas fait l'objet d'actualisation par la DGCS depuis plusieurs années, les discordances avec la LPPR et avec la norme Iso 9999 posent aujourd'hui des problèmes de prise en charge : à titre d'exemple, les « téléphones visuels et vidéophones » ont un tarif plafond de prise en charge au titre de l'élément 2 de la PCH de 600 euros et les « téléphones à amplificateurs de son et accessoires » de 100 euros. Or, à la suite d'une révision de la norme Iso 9999, ces deux lignes n'en font plus qu'une ; l'arrêté PCH n'ayant pas été actualisé par la DGCS, les MDPH ne savent pas (et la CNSA non plus) quel est dès lors le tarif applicable pour ces produits. Une telle situation est source de difficultés pour les MDPH et peut être facteur d'iniquité entre personnes handicapées selon les évaluations faites par la commission des droits et de l'autonomie d'un département à l'autre.

[245] La CNSA a de par la loi de 2005⁷³ une responsabilité dans le conseil, l'expertise et l'échange d'expériences entre MDPH sur les aides techniques. Elle a réalisé des actions afin d'aider les MDPH pour l'élément 2 de la PCH. Elle a ainsi élaboré un Vademecum de la PCH en mars 2007, tient à jour un guide d'aide sur l'élément 2 de la PCH mis à jour en décembre 2011 et répond aux questions que les MDPH lui envoient. En l'état actuel du dispositif et de sa complexité, il est nécessaire de renforcer le soutien de la CNSA en direction des MDPH dans la mise en œuvre opérationnelle de la politique des aides techniques : cela peut passer par la mise en ligne sur le site de la CNSA d'une foire aux questions avec moteur de recherche, par un accès simplifié sur le site aux guides relatifs à la PCH élaborés par la CNSA et par la mise en place de formations spécifiquement dédiées à la prise en charge des aides techniques.

2.2. Un manque de lisibilité et d'efficacité pour les personnes handicapées

2.2.1. Les délais longs de prise en charge

[246] Aux dires de tous les acteurs rencontrés, à l'exception de ceux d'un département, les délais de prise en charge des personnes handicapées sont très longs. Cette problématique ne concerne pas spécifiquement les aides techniques et avait déjà été relevée en 2011 par la mission Igas portant sur la PCH. Elle relevait notamment que *« les délais d'attribution de la PCH excèdent le plus souvent le délai réglementaire fixé à quatre mois : moins de 20 % des départements sondés déclarent un délai moyen conforme. Les délais extrêmes peuvent atteindre deux ans, surtout s'agissant d'aides à l'aménagement du logement. A ces délais s'ajoutent les délais de paiement, mal recensés »*. En effet, les MDPH étant en charge de l'évaluation et de l'attribution et les Conseils généraux du paiement et de la liquidation, aucun acteur n'a de vision d'ensemble et n'est responsabilisé sur le délai réel global d'attente tel qu'il est vécu par l'utilisateur. La mission ne peut qu'encourager les départements à suivre un délai global de prise en charge de chaque dossier allant du dépôt du dossier en MDPH jusqu'au paiement effectif de l'aide.

[247] Les délais sont rallongés pour la prise en charge des aides techniques car elles nécessitent plusieurs étapes supplémentaires de procédures, en particulier pour les aides coûteuses qui passent devant le fonds départemental de compensation. Citons de nouveau le constat du rapport de l'Igas de 2011 sur la PCH qui reste totalement d'actualité : *« Des délais trop importants peuvent avoir des conséquences négatives sur l'acquisition de matériels techniques, sur l'aménagement du véhicule ou du logement, puisque les devis doivent être produits, pour que ces types d'aides soient attribuées, et les factures acquittées pour qu'elles soient mises en paiement. Lorsque le fonds départemental de compensation est sollicité, le délai d'obtention de l'aide technique ou de l'aménagement du logement, comportant un reste à charge important, peut se prolonger plusieurs mois, dans l'attente de l'accord de plusieurs financeurs »*.

[248] Dans le département de la Marne, il est fréquent que l'évaluation de dossiers présentés au FDC prenne plusieurs mois, certains cas extrêmes qui concernent souvent des aménagements de logement pouvant dépasser une année.

[249] Dans le cadre de la réforme de 2005, il était prévu que le paiement des aides techniques était lissé par mois avec un plafond de versement de 110 euros par mois, respectant ainsi le plafond de 3960 euros pour toute période de trois ans. Une dérogation à ce principe était possible sur avis de la CDAPH, auquel cas un versement en une fois de l'ensemble de l'aide attribuée pouvait être effectué. D'après la CNSA, cette deuxième modalité de paiement est en fait aujourd'hui celle la plus souvent utilisée par les départements, ce qu'ont confirmé les déplacements en collectivités réalisés par la mission. Cette modalité de paiement a l'intérêt de ne pas ajouter un échelonnement des paiements aux délais d'attribution déjà fort longs précédemment décrits.

⁷³Art. L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

[250] En l'état actuel du système de financement, autoriser les FDC à effectuer des versements d'avances partielles des aides techniques coûteuses dès la décision d'attribution de la CDAPH, avant que le fonds départemental de compensation n'étudie la demande de financement complémentaire permettrait une mise à disposition plus rapide des aides techniques. Le complément éventuel à payer ne serait lui versé qu'une fois que le fonds aurait statué.

2.2.2. La compréhension de qui paie quoi

[251] Même si ne plus mettre à la charge des personnes handicapées la recherche de financeurs a été un grand progrès de la loi de 2005, la compréhension de qui paie quoi reste délicate pour l'usager. A titre d'exemple, pour le financement d'une audioprothèse, les financeurs suivants vont intervenir :

- l'assurance maladie au titre du financement légal des tarifs de la LPPR,
- la PCH au titre de son élément 2,
- une mutuelle, si l'usager en possède une qui prend en charge cette aide,
- le fonds départemental de compensation, dont les règles varient d'un territoire à l'autre,
- l'Agefiph ou le FIPHFP, si la personne est active.

[252] A ces financements peuvent s'en ajouter d'autres selon les choix et moyens des acteurs locaux intervenant dans ce champ.

[253] Même dans le cas le plus simple (cf. une aide technique non dispositif médical financée uniquement par la PCH), il n'est pas toujours évident pour l'usager de savoir à quel niveau sera pris en charge son aide. Comme on le voit sur l'arbre d'attribution élaboré en octobre 2012 par la CNSA à destination des MDPH (cf. graphique partie 1.1.2.), il n'est pas évident de savoir a priori quel est le tarif applicable. L'usager doit être à même d'identifier la fonction principale du produit, son inscription ou non à la LPPR, le code ISO 9999 de l'aide et le tarif de prise en charge au titre de l'élément 2 de la PCH. Si tant est qu'il parvienne à avoir ces informations, il faut qu'il comprenne les modalités d'application des tarifs décrits précédemment et du panier maximum de prise en charge par période de trois ans.

[254] Dans le cas plus complexe d'une aide technique-dispositif médical, il y a des configurations où le tarif LPPR et celui au titre de l'élément 2 de la PCH sont les mêmes, ce qui dans un certain nombre de cas signifie en réalité que la PCH prend en charge à hauteur de 0 euro le financement de l'aide. Prenons l'exemple du « Siège de série modulable et évolutif, tout modèle et adjonctions » qui entre dans la catégorie du « Siège de série modulable et évolutif, adaptable aux mesures du patient ». Le tarif LPPR est de 838,47 euros, comme celui de la PCH. Par conséquent, si l'usager a une prise en charge à 100% du tarif responsabilité de l'assurance maladie, la PCH n'interviendra pas pour financer l'aide.

[255] L'absence d'actualisation de l'arrêté PCH à la suite de la modification de la nomenclature LPPR conduit aussi à des situations absurdes où le tarif de la LPPR est supérieur à celui de l'arrêté PCH, la PCH devant intervenir de façon subsidiaire. C'est notamment le cas pour les lits médicaux dont les tarifs ont été revalorisés dans la LPPR en novembre 2009 mais pour lesquels l'arrêté PCH n'a pas été modifié.

[256] Devant une telle complexité administrative, il n'est pas surprenant qu'il soit difficile pour l'usager de connaître le montant effectif des aides financières qu'il obtiendra. Plusieurs personnes auditionnées dans le cadre de la mission nous ont fait part du fait qu'il est fréquent que ce soient les fournisseurs d'aides techniques qui expliquent aux personnes handicapées comment elles peuvent se faire prendre en charge, fonction dévolue en principe aux MDPH.

2.2.3. Complexité du dispositif et délais longs de mise en œuvre sont facteurs d'insécurité financière pour l'utilisateur

[257] Les longs délais de traitement des MDPH et des Conseils généraux retardent la mise à disposition des aides techniques pour les personnes handicapées. La longueur de ces délais peut mettre les personnes handicapées en difficulté pour l'acquisition des aides techniques. En effet, l'utilisateur doit présenter un devis pour que lui soit attribuée l'aide et ensuite une facture pour qu'elle lui soit payée. Or, si l'utilisateur reçoit sa notification d'attribution après l'expiration de la durée de validité du devis, il court le risque d'avoir un reste à charge imprévu si le prix du produit a augmenté pendant la même période.

[258] Pour contourner les problèmes engendrés par ces longs délais de traitement, plusieurs pratiques ont été constatées par la mission :

- autoriser l'achat d'une aide coûteuse avant que le fonds de compensation ne se prononce : si cette formule a l'avantage de permettre une mise à disposition plus rapide de l'aide, elle présente plusieurs difficultés. Tout d'abord, toutes les personnes handicapées n'ayant pas les mêmes capacités financières, certaines ne sont pas en mesure de faire l'avance. Par ailleurs, étant donné la variété des critères de prise en charge selon les financeurs et l'incertitude pour l'utilisateur des décisions du fond (qui se font au cas par cas), il est difficile pour l'utilisateur d'anticiper le niveau effectif de la prise en charge qu'il obtiendra. En achetant l'aide, l'utilisateur accepte donc de prendre le risque financier d'avoir un reste à charge qui pourra être in fine conséquent.
- accepter de prendre en charge des aides dont l'acquisition a été faite avant la décision d'attribution de la CDAPH. Aucun des départements rencontrés n'accepte de prendre à sa charge des dépenses d'aides techniques engagées avant le dépôt du dossier de demande de l'utilisateur auprès de la MDPH. En revanche, le Val de Marne a décidé d'accepter de prendre en charge une aide dès lors que son acquisition est intervenue après le dépôt du dossier auprès de la MDPH. Ce fonctionnement présente l'avantage d'une acquisition très rapide de l'aide pour l'utilisateur. Cependant, tout comme précédemment, la complexité de la prise en charge administrative fait courir le risque à l'utilisateur d'une mauvaise évaluation de ce à quoi il pourra raisonnablement prétendre si la CDAPH lui accorde l'aide. A cela s'ajoute le risque que la CDAPH considère que l'aide acquise ne correspond pas au besoin de compensation de la personne et refuse de la prendre en charge dans son intégralité.

3. UNE MAITRISE FAIBLE DES COÛTS LIÉS AUX PRESTATIONS ET A LEUR GESTION

3.1. Les coûts liés aux aides techniques sont mal maîtrisés

3.1.1. La méconnaissance des prix et du marché met en difficulté les départements

3.1.1.1. La CNSA peine à remplir le rôle d'animation et d'expertise qui lui a été dévolu par la loi de 2005

[259] En application de l'article 56 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, est confié à la CNSA un rôle central d'animation et d'expertise pour la politique du handicap et notamment dans son volet relatif aux aides techniques. En particulier, l'alinéa 5 de l'article 56 stipule que la CNSA a pour mission « *de contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution* ».

- [260] La première convention d'objectifs et de moyens (COG) de la CNSA (2006-2009) comptait cependant peu d'éléments relatifs aux aides techniques. Tout au plus, l'objectif 4-2 de la COG fixait-il les priorités suivantes : « *La CNSA est chargée par l'Etat de mettre en œuvre toute mesure et susciter tout partenariat de nature à rendre plus adéquat et plus aisé l'accès aux aides humaines et techniques ainsi qu'aux aménagements de véhicules et à l'habitat et de prise en charge : a) la diffusion de référentiels d'usage et de prise en charge, b) la conduite d'actions de transparence sur les coûts, c) la diffusion d'informations sur les performances, d) le recensement et la diffusion des aides humaines et techniques disponibles* ».
- [261] Dans la continuité de cette COG, plusieurs actions ont été lancées par la CNSA :
- la création d'un observatoire des prix et du marché des aides techniques,
 - une expérimentation de plateformes régionales d'information et de conseil sur les aides techniques (PRICAT) dans quatre régions ou inter-régions,
 - l'ouverture au 1^{er} trimestre 2008 d'un portail Internet sur les aides techniques,
 - la mise à disposition d'outils d'aide pour l'attribution des aides techniques,
 - le lancement de quatre centres d'expertises nationaux⁷⁴.
- [262] Les résultats de ces diverses actions sont mitigés et loin des attendus fixés dans la loi. L'observatoire a été installé en mars 2007 pour regrouper des acteurs associatifs (personnes handicapées et consommateurs), privés (fabricants et distributeurs) et publics (services de l'État, caisses, organismes de statistiques et de recherche et universités) et ainsi développer la connaissance et l'information sur le prix et le marché des aides techniques. Les traductions concrètes de son action ne sont pas nombreuses si ce n'est le financement en 2009 d'une étude comparative européenne sur les aides techniques que la majorité des acteurs rencontrés par la mission ont mentionné. Entre mars 2011 et le début de la présente mission, les activités de l'observatoire ont été pour ainsi dire à l'arrêt, posant la question de la pertinence de cette instance.
- [263] Concernant l'expérimentation de PRICAT, faute d'avancées notables, la CNSA a décidé de ne pas généraliser l'expérience et de ne pas la pérenniser sur les territoires concernés. Le portail Internet a quant à lui été fermé du fait des difficultés d'harmonisation des données enregistrées et de sa faible fréquentation. La mise à disposition d'outils d'aide pour l'attribution des aides techniques (ex Vadémécum sur la PCH, guide pratique sur les aides techniques, arbre d'attribution des aides techniques) est bien perçue dans les collectivités mais mériteraient une diffusion plus large et plus systématique, en particulier sur le site Internet de la CNSA où une rubrique plus structurée sur les aides techniques pourrait utilement être organisée.
- [264] L'avancée la plus notable concerne les aides techniques sophistiquées pour lesquels quatre centres d'expertises nationaux ont été lancés en 2010 pour mener des expériences sur quatre thématiques : la mobilité, la stimulation cognitive, les interfaces fonctionnant à l'aide des technologies de la communication et de l'information et la robotique d'assistance et de rééducation. La finalité de chacun de ces centres est d'effectuer, dans son domaine, recherche, veille, essai et formation. La CNSA a décidé en 2012 de pérenniser cette action.
- [265] A l'aune des actions engagées par la CNSA, il n'est toujours pas possible d'avoir une connaissance précise sur des sujets aussi importants que les filières d'importation des produits, la formation des prix ainsi que les effets potentiellement pervers induits par la solvabilisation forte des personnes handicapées dans un contexte de libre fixation des prix par les fabricants et fournisseurs

⁷⁴ Un cinquième sur la thématique Habitat et logement est aussi en cours. La CNSA y est associée mais l'expérience a été lancée par le ministère de l'Industrie.

[266] La nouvelle COG entre l'Etat et la CNSA pour 2012-2015 ne met pas plus l'accent sur les aides techniques que la précédente, aucun des sept objectifs prioritaires de la COG ne portant sur cette problématique. En l'état actuel du fonctionnement de l'observatoire, aucune avancée notable de la connaissance du marché des aides techniques et de la formation des prix n'est donc à attendre pour les années à venir.

3.1.1.2. La prise en compte des biens de consommation courante n'est pas suffisamment précise

[267] L'élément 2 de la PCH permet la prise en charge d'aides techniques qui sont des biens de consommation courante. Ces produits se distinguent des autres aides techniques car leur fonction principale ne consiste pas en la compensation du handicap. A titre d'exemple, la fonction principale d'un four à micro-ondes parlant pour une personne déficiente visuelle est de chauffer des plats et non de parler.

[268] La prise en charge au titre de la PCH de ces produits est de 75% du surcoût par rapport au coût d'un équipement de base. Or, aucun référentiel ne fixe à ce jour le coût des équipements de base. Chaque MDPH est donc contrainte de fixer ses montants au cas par cas. Cette situation est insatisfaisante car elle est inefficace, potentiellement source d'iniquité et risquée juridiquement.

[269] Elle n'est pas efficace car chaque MDPH fixe de façon empirique et pour son usage propre le montant des biens de base qu'elle estime juste. Dans les faits, les équipes des MDPH procèdent en faisant des recherches sur Internet, souvent à partir des sites des fabricants et distributeurs. Cette méthode est potentiellement source d'iniquité car rien ne garantit que la prise en charge soit la même d'un territoire à l'autre. Les personnes handicapées ont pour seule assurance que deux usagers du même territoire seront pris en charge de la même façon si la MDPH référence comme élément de doctrine ces situations quand elles se présentent, ce que font certaines MDPH. Cela est enfin risqué juridiquement car il n'est pas certain que si un usager venait à contester la méthode de calcul retenue par la MDPH, il n'obtienne pas gain de cause devant une juridiction. A notre connaissance, une telle configuration ne s'est pas à ce jour posée. Dès lors, créer un référentiel de prix standard pour les équipements de consommation courante les plus fréquemment traités par les MDPH faciliterait le travail des MDPH et assurerait une plus grande équité de prise en charge entre personnes handicapées.

3.1.2. Les modalités de prise en charge financière sont inefficaces et variables selon les départements

3.1.2.1. Le renouvellement de prise en charge des aides ne prend pas en compte la durée de vie des produits

[270] La prise en charge des aides techniques au titre de l'élément 2 de la PCH se limite à un panier d'aides techniques maximum de 3960 euros sur une période de trois années. Pour les aides coûteuses, ce panier maximum a de facto comme effet que les personnes ne peuvent demander un renouvellement avant trois ans et peuvent au-delà. L'absence de lien entre le renouvellement d'une aide et la durée de vie du produit est une perte nette de richesse pour la collectivité. A titre d'exemple, une audioprothèse a une durée de vie moyenne d'au moins 5 ans (souvent 8 ans quand l'audioprothésiste et le patient sont soigneux). Or, un déficient auditif qui souhaite en changer au bout de 3 ans peut aujourd'hui le faire. Plutôt que de fixer des tarifs de remboursement à des niveaux déconnectés des prix du marché, il serait préférable de ne les rembourser par exemple qu'une fois tous les cinq ans et ainsi améliorer leur prise en charge initiale. Seule une avancée technologique apportant un gain notable à la compensation du handicap des personnes pourrait permettre, après avis d'un expert de la MDPH ou de l'assurance maladie, un renouvellement anticipé. Un traitement spécifique devrait cependant être fait pour les personnes en situation de handicap à évolutivité rapide, usagers pour lesquels envisager des modalités de location plutôt que d'acquisition serait plus pertinente. Pour les autres publics, il faudrait ajuster le renouvellement des droits de prise en charge des usagers sur la durée de vie moyenne de chaque type de produits.

3.1.2.2. Faute d'accompagnement, chaque département réalise de façon empirique ses propres outils et règles de décision pour le choix du produit et le paiement

- [271] Il n'existe aujourd'hui aucune règle nationale encadrant le nombre de devis que les personnes handicapées doivent présenter à la MDPH pour que la CDAPH se prononce. Les départements ont souvent, mais pas toujours, adopté des règles de gestion internes. A titre d'exemple, dans la Marne, il est demandé aux personnes handicapées trois devis pour la majorité des aides techniques. Ces règles peuvent certes varier selon les produits, la capacité de mise en concurrence et les ressources spécifiques locales. Pour les aides sensorielles, la Marne passe ainsi par un service d'accompagnement à la vie sociale.
- [272] Dans un contexte où le nombre de distributeurs d'aides techniques est important (cf. vendeurs spécialisés et pharmaciens notamment), une mise en concurrence systématique serait bénéfique pour réduire le coût pour les finances publiques et le reste à charge potentiel pour les personnes handicapées. Les territoires enclavés, en particulier en Outre mer, pourrait faire l'objet d'un traitement spécifique. Tant qu'il n'existera pas de prix limite de vente sur les produits, il paraît nécessaire de définir des règles nationales relatives au nombre de devis à présenter pour la prise en charge d'une aide.
- [273] La seule aide qui fasse aujourd'hui l'objet d'un encadrement du devis est l'audioprothèse. Depuis 2009, chaque audioprothésiste doit présenter un devis dit normalisé qui distingue le coût de l'appareil du coût de la prestation de l'audioprothésiste pour le réglage. Du fait de la valeur purement déclarative de cette distinction, le devis normalisé n'apporte souvent pas d'information valide pour les personnes handicapées : la mission a ainsi constaté que, dans les devis d'audioprothèses présentés à la MDPH du Val de Marne, le coût de la prestation varie du simple au quintuple pour un même produit chez des audioprothésistes différents. Dans ce contexte, le montant indiqué pour la prestation n'est utilisé que comme une information commerciale et non une donnée révélatrice du temps réel consacré par le professionnel au réglage de l'audioprothèse.
- [274] Il serait dès lors nécessaire de revoir le devis normalisé tel qu'il existe actuellement pour les audioprothèses en forfaitisant le prix du service après vente (qui ne serait donc plus à la libre appréciation des audioprothésistes), service qui doit être inclus dans le prix de vente initial et dont les obligations pour l'audioprothésiste seront incluses dans un contrat avec le patient.
- [275] La réalisation d'essais par la personne avant l'achat de l'aide n'est elle non plus pas obligatoire et ne conditionne pas le paiement des aides techniques. Or, une telle obligation serait particulièrement pertinente pour les aides nécessitant une forte individualisation et/ou coûteuses (les audioprothèses en constituent un bon exemple). L'avis de la Haute autorité de santé de 2008 sur les appareils correcteur de surdité, qui n'a à ce jour pas été suivi d'effet du côté du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS), recommandait par exemple qu'une période d'essai minimum de 15 jours soit laissé aux usagers pour tester leur audioprothèse. Pour ce type d'aide, l'absence d'essai peut conduire à l'achat d'aides coûteuses qui ne seront finalement pas utilisées ou pas correctement par les personnes.
- [276] La mission n'a pas connaissance de MDPH imposant une période d'essai pour prendre en charge des aides techniques. La MDPH du Val de Marne, qui est pourtant très en pointe sur la prise en charge des déficiences visuelles et auditives, ne parvient à ce jour que rarement à savoir si les personnes handicapées ont fait des essais de leurs audioprothèses avant de les acheter⁷⁵.
- [277] Il serait de fait souhaitable de conditionner la prise en charge financière des aides coûteuses et/ou fortement individualisables au contrôle que l'utilisateur a pu tester, avant acquisition, le produit pendant une durée déterminée

⁷⁵ Ce n'est que dans environ un cas sur quatre que la MDPH du Val de Marne sait si des tests ont eu lieu.

[278] Aucun référentiel ne permet par ailleurs aux équipes médico-sociales des MDPH de déterminer avec précision le service rendu par les aides techniques. Dans le champ du médicament, il existe le Vidal qui référence chaque produit et ses caractéristiques. Pour ainsi dire, il n'existe pas aujourd'hui de Vidal des aides techniques. A l'exception du site Internet créé par le CERAH (cf. cerahtec) qui référence et donne des prix indicatifs pour certaines aides techniques, en particulier relative à la mobilité, les MDPH ne disposent pas aujourd'hui de référentiel global et actualisé. Dès lors, les MDPH pour choisir le produit qui doit être pris en charge ont deux possibilités :

- essayer d'identifier entre différents produits celui dont le service rendu est le meilleur et le plus pertinent au regard du besoin de compensation du handicap. Ce travail est souvent réalisé de façon empirique au coup par coup par le biais des sites Internet des fabricants ou des fournisseurs. Cette pratique pose la question de la fiabilité des informations fournies, dans la mesure où ces sites ont clairement une visée commerciale.
- se limiter à une analyse des prix dès lors que les devis présentés entrent dans la catégorie d'aide prescrite pour l'utilisateur. Un tel raisonnement présente le désavantage de se limiter à une logique du moins disant sans prendre en compte les fonctionnalités plus ou moins étendues des produits.

[279] Faute d'outils nationaux de prescription-préconisation et de référentiels de prix, la mission a constaté que certaines MDPH se sont façonné leurs propres outils. A titre d'exemple, la MDPH du Val de Marne a constitué une base de données à partir des devis d'audioprothèses dont elle a eu connaissance depuis 2008. Ce recensement permet d'identifier rapidement si, pour une même gamme de produit, le prix pratiqué par un audioprothésiste est manifestement excessif au regard des prix antérieurement recensés. En attendant que les aides techniques qui pourraient être intégrées à la LPPR le soient, il pourrait être établi un référentiel des aides techniques avec un prix indicatif et les principales caractéristiques des aides, et ce en débutant par les aides jugées prioritaires par les MDPH.

3.1.2.3. L'absence d'actualisation des tarifs est problématique au regard de la logique de compensation

[280] D'après les informations collectées par la mission, la grande majorité des tarifs de l'assurance maladie des aides techniques-dispositifs médicaux n'ont pas été actualisée par le CEPS depuis le début des années 2000. Un travail a été engagé il y a plusieurs années sur la mise en place d'une nomenclature modulaire des fauteuils roulants mais elle n'a à ce jour pas abouti. Une telle situation est problématique : soit le tarif est trop élevé, les coûts de fabrication ayant diminué, auquel cas le financeur public paie plus qu'il ne devrait comme cela a pu être le cas pour les produits anti-escarres ; soit le tarif est trop bas au regard de l'évolution des prix du marché pour des produits qui ont intégré une forte innovation technologique. C'est notamment le cas pour les audioprothèses dont la prise en charge au titre de l'assurance maladie est de 199,71 euros alors que le prix moyen des audioprothèses actuellement vendues en France se situerait autour de 1500 euros.

[281] Au moment de la création de la PCH en 2005, les tarifs de prise en charge des aides techniques-dispositifs médicaux ont été construits en s'inspirant de ceux de la LPPR, malgré leur ancienneté. Or une seule actualisation des tarifs de prise en charge au titre de l'élément 2 de la PCH a été réalisée depuis 2005. En effet, fin décembre 2007, modifiant l'arrêté du 28 décembre 2005, certains tarifs ont été revus. C'est en particulier le cas des tarifs des aides anti-escarres, coussins ou matelas, qui ont été révisées à la baisse. Cependant, depuis fin 2007, aucune révision n'a été apportée par la DGCS aux tarifs de prise en charge des aides techniques financées par la PCH. Cette inaction est problématique pour plusieurs raisons :

- le coût induit par des innovations technologiques bénéfiques pour les usagers n'est pas pris en compte,

- des économies d'argent public pourraient être réalisées pour les aides dont le coût de fabrication a décru, comme par exemple pour les produits anti-escarres dont les coûts de fabrication ont, d'après le CEPS, continué de décroître depuis 2007 mais dont les tarifs sont restés identiques.

[282] Outre les problèmes de prise en charge des usagers et de gestion de l'argent public que pose cette absence d'actualisation, elle reflète le manque de pilotage au niveau national de la question des aides techniques ni le CEPS pour le volet LPPR, ni la DGCS pour le volet PCH ne s'étant saisis du sujet.

3.2. La mise en œuvre est génératrice d'importants coûts de gestion

[283] La PCH est une prestation génératrice d'importants coûts de gestion car, contrairement à la majorité des autres prestations sociales de masse, elle est très fortement individualisée à la situation de chaque bénéficiaire. Le coût de gestion de la prestation dans son ensemble est estimé à 7,5% du coût de la prestation⁷⁶.

[284] Les aides techniques n'étant qu'un élément de la PCH, la mission n'a pas été en mesure d'estimer les coûts de gestion spécifiquement associés à ce volet de la PCH. En effet, les équipes médico-sociales font l'évaluation des besoins de la personne handicapée en aides techniques en même temps qu'elles évaluent les autres besoins, en aides humaines notamment.

[285] Cependant, plusieurs éléments suggèrent que les coûts de gestion générés par l'attribution et le paiement des aides techniques aux personnes handicapées sont particulièrement élevés : non seulement les montants attribués au titre de l'élément 2 de la PCH sont nettement moindres que ceux relatifs à l'aide humaine (cf. 1.2.1.1.), mais aussi ce volet de la PCH est d'une très grande complexité à gérer : identification de l'aide adéquate au besoin de compensation en l'absence de référentiel national, détermination du juste prix sans norme prédéfinie, décompte du tarif applicable et du montant pris en charge au titre de la PCH (variable selon les personnes même dans les cas où un même tarif s'applique), recherche de financeurs complémentaires pour les aides coûteuses et contrôle des devis et factures transmis par l'utilisateur.

[286] A cela s'ajoute le fait qu'une même situation fait l'objet d'un examen à plusieurs reprises : un premier pour présenter le dossier en CDAPH, puis un second pour présenter le dossier au FDC (si l'utilisateur a demandé l'intervention du fonds) et enfin un troisième par les services du département qui contrôlent l'adéquation des tarifs appliqués et la conformité des pièces du dossier avant la mise en paiement. Pour les dossiers présentés en FDC, il est fréquent que les partenaires du département fassent eux aussi leur propre évaluation du dossier avant de décider, en fonction de leurs propres critères, de l'attribution d'une aide, comme par exemple pour les dossiers de salariés pour lesquels l'Agefiph ou le FIPHFP sont financeurs.

[287] Dans plusieurs départements, des personnels ont été spécialisés sur certaines tâches relatives aux aides techniques, comme le calcul du financement au titre de la PCH ou le montage financier de dossier via le fonds de compensation. Les ergothérapeutes rencontrés dans le cadre de la mission considèrent passer entre un tiers et la moitié de leur temps à des tâches administratives. Ces coûts de gestion importants sont d'autant moins compréhensibles que, comme nous l'avons montré précédemment, l'intervention publique conduit in fine à une solvabilisation large, si ce n'est totale, des besoins en aides techniques des personnes handicapées et que les MDPH manquent de compétences en ergothérapie.

⁷⁶

4. DES MODALITES DE FINANCEMENT GENERATRICES D'INIQUITES ET D'INEFFICIENCES

4.1. *L'absence de régulation nationale des fonds est génératrice d'iniquités entre les personnes handicapées*

[288] Les constats de la présente mission confirment ceux de la mission de l'Igas réalisée en 2011 sur le PCH lorsqu'elle avait étudié le fonctionnement des fonds départementaux de compensation : l'absence de régulation nationale induit une grande variété de fonctionnements et de règles applicables d'un territoire à l'autre, qui sont source d'inégalités de traitement entre personnes handicapées. Ces différences portent non seulement sur les publics éligibles, les aides couvertes, les montants versés, la prise en compte des revenus des bénéficiaires ou encore sur les modalités de fonctionnement des fonds (modalités de saisine et sollicitation ou non par le fonds d'autres financeurs).

[289] Certains départements ne déterminent pas le reste à charge de la personne handicapée en fonction de ses revenus pour fixer le concours du fonds mais un pourcentage du coût global de l'aide. Outre le fait qu'une telle méthode crée des inégalités entre personnes handicapées dans l'accès à l'aide, les personnes handicapées n'ayant pas toutes les mêmes capacités contributives, une telle méthode de décompte n'est clairement pas en adéquation avec le cadre fixé par la loi : en effet, la loi de 2005 stipule que « *les frais de compensation restant à la charge du bénéficiaire de la prestation prévue à l'article L. 245-6 ne peuvent, dans la limite des tarifs et montants visés au premier alinéa dudit article, excéder 10 % de ses ressources personnelles nettes d'impôts* ». La loi prévoyait certes qu'un décret préciserait cette disposition⁷⁷. Or, aucun décret n'a jamais été adopté par la DGCS malgré les multiples fois où la nécessité d'adopter ce décret a été rappelé⁷⁸. Tout en laissant une capacité d'initiatives locales, un tel décret doit permettre de limiter une trop grande hétérogénéité de prise en charge entre territoires.

[290] Tout en soulignant l'importance des fonds pour limiter les restes à charge des personnes handicapées, le rapport 2011 de l'Igas sur l'évaluation de la PCH a mis en avant huit recommandations qui restent d'actualité aujourd'hui pour en renforcer l'efficacité et assurer une plus grande équité de traitement entre les personnes handicapées (en attendant la réforme plus globale du système de financement préconisé par le présent rapport) :

- Prendre le décret d'application de l'article L. 146-5 du CASF pour déterminer les conditions de calcul des restes à charge des personnes handicapées après intervention des fonds départementaux de compensation (Etat)
- Créer un réseau des gestionnaires de fonds départementaux de compensation (CNSA)
- Rétablir et sécuriser dans le temps la participation de l'Etat aux fonds départementaux de compensation, et répartir ce concours en fonction de données tenant aux caractéristiques objectives des départements (Etat)
- Faire des FDC des instances de coordination des financements (FDC)
- Mettre en place un système d'avances au profit des bénéficiaires des fonds départementaux de compensation (MDPH)

⁷⁷Article L. 146-5 du CASF.

⁷⁸Rapport d'information n° 359 (2006-2007) de M. Paul BLANC, « Loi handicap : pour suivre la réforme », fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 3 juillet 2007; Rapport Igas 2011 « Evaluation de la prestation de compensation du handicap » ; Rapport d'information n°635 (2011-2012) au Parlement du 4 juillet 2012, « Loi Handicap : des avancées réelles, une application encore insuffisante », Mmes Claire-Lise CAMPION et Isabelle DEBRÉ, au nom de la commission pour le contrôle de l'application des lois du Sénat.

- L'Agefiph, le FIPHFP et l'ANAH devraient s'impliquer au sein des fonds départementaux de compensation
- Privilégier le critère de ressources pour le bénéfice des fonds départementaux de compensation tout en évitant de restreindre l'accès aux fonds en fonction du statut des bénéficiaires (FDC)
- Mettre en place des barèmes de restes à charge ou des tickets modérateurs fonction du niveau de revenu des personnes handicapées (FDC)

[291] Les fonds qui fonctionnent comme des « ensembliers » des différents financeurs présentent l'intérêt de maximiser la prise en charge pour les personnes handicapées, de limiter leurs démarches administratives et d'éviter les situations de surfinancement. Cependant, cette coordination a comme effet de rallonger le temps de traitement d'une situation de quelques mois jusqu'à parfois une année. Ce délai se rajoute au délai déjà long de l'instruction de la PCH. Pousser la logique des fonds jusqu'au bout est donc souhaitable en les transformant en véritable caisse pivot à même de réaliser des avances en direction des personnes handicapées. L'analyse plus en amont des dossiers présentés au fonds en lien avec l'instruction de la PCH permettrait par ailleurs de limiter les coûts de gestion de la prestation et de diminuer les délais de traitement.

4.2. *Le risque d'effets pervers de la solvabilisation est élevé, ce qui pose la question de l'efficience du dispositif actuel*

[292] L'organisation actuelle de la politique des aides techniques présente des risques économiques et financiers avérés. En effet, l'absence de pilotage clair de cette politique dans un contexte d'intervenants multiples faiblement coordonnés et de solvabilisation publique importante des besoins sans encadrement des prix fait courir le risque d'un cercle vicieux financement-prix : des prix élevés appellent un renforcement de l'intervention publique, qui en retour incite les fabricants ou fournisseurs à monter leur prix, ce qu'ils peuvent faire en l'absence d'encadrement, et ainsi de suite.

[293] L'étude financée par la CNSA en 2009 sur les aides techniques dans cinq pays d'Europe a établi que « *les niveaux de prise en charge ne sont pas similaires d'un pays à l'autre en termes de population ciblée et de niveaux de prestations fournies, bien que les niveaux de dépenses (au niveau « macro ») le sont globalement* ». Cette situation est une illustration du concept économique développé par la théorie des jeux des « équilibres multiples » : pour un même phénomène économique (en l'occurrence un financement public à niveau global comparable des aides techniques), plusieurs « équilibres » économiques existent (cf. chaque pays met l'accent sur certains types de bénéficiaires plutôt que sur d'autres) et sont grosso modo stables (cf. aucun des pays n'envisagent de changer radicalement de système de prise en charge).

- [294] Prenons pour illustration le marché des audioprothèses. D'après l'étude de la CNSA, les dépenses publiques qui y sont consacrées sont à des niveaux proches dans les pays étudiés, autour de 0,10‰ du PIB. Une estimation effectuée par la mission positionne la France à un niveau comparable⁷⁹. Le marché français est marqué par une suprématie des produits de moyenne et de haute gamme et par un sous appareillage notable de la population cible. A l'inverse, le marché britannique est caractérisé par une présence majoritaire des entrées de gamme et un taux d'appareillage très élevé. La France connaît des prix élevés et des volumes faibles, tandis que le Royaume-Uni a des prix bas et des volumes importants. L'équilibre du marché français s'explique par une forte solvabilisation publique de certains segments du marché, en particulier pour les personnes handicapées, un libre choix quasi-total laissé aux personnes et aucun encadrement des prix.
- [295] A l'inverse, les britanniques ont mis en place une couverture large des besoins, avec un libre choix quasi nul des personnes, fondée sur un système de centrales d'achat permettant des accords avec les fabricants sur la distribution en masse d'audioprothèses à des prix unitaires par conséquent très bas. Une telle comparaison doit nous inciter à prendre des mesures pour réorienter le marché vers des coûts unitaires plus faibles et des volumes ainsi plus importants. Les expériences étrangères montrent qu'à coût global comparable pour les finances publiques, différents systèmes de prise en charge sont possibles. Au regard de l'efficacité de la dépense et des objectifs de santé publique, il est clair que la France a intérêt à revoir sa politique de prise en charge des audioprothèses. Un questionnement similaire devrait être mené pour chaque grand type d'aides techniques.
- [296] Cependant, aucun des acteurs nationaux rencontrés dans le cadre de la mission n'a paru pleinement conscient des risques économiques et financiers du système actuel de prise en charge des aides techniques aux personnes handicapées, chacun se rangeant derrière son propre périmètre d'intervention et de financement. Plutôt que de s'interroger sur les effets pervers d'une solvabilisation publique non maîtrisée, la majorité des acteurs constatent leur faible niveau de prise en charge respectif et se demandent comment accroître les aides aux usagers pour limiter le reste à charge de ces derniers. Si un tel raisonnement est compréhensible de la part des acteurs opérationnels et des intervenants associatifs qui, situation par situation, tentent de renforcer l'accès des personnes aux aides techniques en prenant les prix comme une donnée sur laquelle ils n'ont pas de prise, il l'est moins de la part d'administrations nationales telles que le CEPS, la CNSA ou la DGCS.

⁷⁹Le marché des audioprothèses représente 450000 unités vendues environ par an. Au prix moyen de 1500 euros l'unité et sachant que le PIB de la France en 2011 était de 2778 milliards d'euros, le marché français représente 0.24‰ du PIB. Si on fait l'hypothèse (hypothèse que la mission n'est pas en mesure de vérifier en l'état des données disponibles) qu'un tiers du marché est solvabilisé sur fonds publics, les dépenses publiques françaises dédiées aux audioprothèses représentent 0.08‰ du PIB.

Annexe 3 : Financement des aides techniques aux personnes âgées dépendantes

1. DONNEES DE CADRAGE	85
1.1. <i>Malgré une possibilité ancienne de financement public des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes...</i>	85
1.2. <i>...L'APA à domicile finance une part faible d'aides techniques</i>	86
2. LE RECOURS AUX AIDES TECHNIQUES INTERVIENT FREQUEMMENT AVANT ET EN DEHORS DE L'ENTREE DANS LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES SANS COORDINATION DES DIFFERENTS FINANCEURS.....	86
2.1. <i>Les aides techniques, comme instrument de prévention de la dépendance, sont utilisées par un grand nombre de personnes âgées non dépendantes</i>	86
2.1.1. Les aide techniques, un instrument de prévention de la dépendance	86
2.1.2. Les personnes âgées ont un recours important aux aides techniques	87
2.2. <i>La prise en charge des aides techniques s'effectue par de multiples canaux en dehors de l'APA pour les aides techniques-dispositifs médicaux</i>	88
2.2.1. L'intervention de l'assurance maladie permet de couvrir un première partie de la dépense	88
2.2.2. Les fonds extra légaux des CPAM et MSA apportent des compléments de financement.....	88
2.2.3. La CNAV soutient le financement d'aides techniques dans le cadre de sa démarche de prévention de la perte d'autonomie en direction des retraités non dépendants.....	89
2.2.4. Les organismes complémentaires santé peuvent aussi intervenir sur certaines aides	90
2.2.5. Les collectivités mènent des politiques extra légales en faveur du maintien à domicile dont le financement d'aides techniques est une composante	90
2.2.6. Les proches constituent aussi une ressource pour l'acquisition d'aides techniques..	91
2.3. <i>Aucun acteur n'a une vision consolidée de l'ensemble des financements existants ainsi que des effets de la solvabilisation pour l'usager et pour les acteurs économiques</i>	91
3. LE FONCTIONNEMENT DE L'APA NE PERMET PAS UN RECOURS AISE AUX AIDES TECHNIQUES POUR LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES QUI EN ONT BESOIN	92
3.1. <i>La perte d'autonomie conduit à un recours plus massif aux aides techniques, ainsi qu'à des aides de surcroît souvent plus coûteuses</i>	92
3.2. <i>La fixation de plafonds légaux pour les plans d'aide APA est un facteur limitant dans le recours aux aides techniques pour les personnes les plus dépendantes</i>	94
3.2.1. La majorité des bénéficiaires de l'APA pourrait, sans changement du dispositif actuel, recourir plus largement aux aides techniques s'ils le souhaitaient.....	94
3.2.2. Les personnes âgées les plus dépendantes rencontrent une limitation dans leur recours à des aides techniques	94
3.2.3. La création d'une enveloppe spécifique « aides techniques » au sein de l'APA ne paraît pas dans l'immédiat être la réponse adéquate.....	94
3.3. <i>Les modalités de mise en œuvre de l'APA posent des entraves réelles au financement d'aides techniques</i>	95
3.3.1. Pour acquérir des aides techniques coûteuses, les usagers peuvent être contraints de faire des avances qu'ils ne sont pas certains de récupérer	95
3.3.2. La prise en charge de la déficience auditive par l'APA est très limitée et source d'iniquités	96

3.3.3. Les dispositifs alternatifs à l'acquisition sont quasi inexistantes	97
3.4. <i>Les besoins en aides techniques des personnes âgées dépendantes finançables dans le cadre de l'APA sont mal identifiés</i>	<i>97</i>
3.4.1. Le primat mis sur l'aide humaine doit être questionné.....	97
3.4.2. Le financement d'aides techniques aux aidants : une voie à plus explorer	98

1. DONNEES DE CADRAGE

1.1. *Malgré une possibilité ancienne de financement public des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes...*

[297] La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance a créé la PSD, prestation principalement centrée sur le financement d'aides humaines. La PSD permettait néanmoins de financer, jusqu'à un montant de 10% de l'allocation, d'autres types de dépenses, en particulier l'acquisition d'aides techniques. A compter du 1er janvier 2002, la PSD ne concerne plus que les usagers en bénéficiant déjà avant le 31 décembre 2001. En effet, elle est remplacée par l'APA créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

[298] Contrairement à la prestation de compensation du handicap (PCH) qui s'adresse aux personnes handicapées, l'APA ne se décompose pas en différents éléments selon le type d'aides (cf. humaines, techniques, aménagement du logement et du véhicule, animalières). Le montant global du plan d'aide APA ne peut dépasser des tarifs nationaux qui dépendent de l'autonomie de la personne telle qu'évaluée avec la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources).

[299] Au 1er avril 2012, les plans d'aide sont plafonnés à :

- GIR 1 : 1288,09 € par mois,
- GIR 2 : 1104,08 € par mois,
- GIR 3 : 828,06 € par mois,
- GIR 4 : 552,04 € par mois.

[300] Le montant d'APA dont bénéficie effectivement la personne dépend du montant effectif du plan d'aide proposé duquel est retranchée une éventuelle participation à sa charge qui est fonction de ses ressources. Cette participation peut varier de 0% à 90% du plan.

[301] L'APA permet juridiquement un recours plus large aux aides techniques que la PSD dans la mesure où les montants maximaux consacrés aux aides techniques ne sont plus indexés sur le montant global de l'allocation. En effet, le niveau d'autonomie de l'utilisateur évalué à travers la grille A.G.G.I.R permet de déterminer le plan d'aide maximum auquel la personne a le droit. Ce plan ne concerne pas a priori uniquement des aides humaines. Pour certains usagers, le plan peut être, si cela est nécessaire, principalement voire totalement utilisé pour financer des aides techniques.

[302] Contrairement à la PCH pour laquelle les aides techniques constituent un élément particulier de la prestation (l'élément 2) et pour laquelle le périmètre des aides techniques est précisé dans le code de l'action sociale et des familles, l'APA ne définit pas ce que sont les aides techniques. La mission a donc fait le choix de centrer son analyse sur les aides techniques telles qu'elles sont définies par le CASF pour la PCH : une aide technique est au sens du 2^{ème} alinéa de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles « *tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel* ». Il faut cependant noter qu'une telle définition ne va pas de soi pour les équipes médico-sociales APA, l'expression « aides techniques » recouvrant pour elles une réalité floue au périmètre mal identifié, ce qui est logique étant donné la façon dont est structurée l'APA.

1.2. L'APA à domicile finance une part faible d'aides techniques

- [303] Il n'est pas à ce jour possible de déterminer de façon fiable le nombre et le montant d'aides techniques financées par le biais de l'APA. Tout au plus, peut-on dire qu'il est faible.
- [304] En effet, en l'absence d'un système d'information partagée entre l'Etat et les Conseils généraux, seules les informations collectées par la Drees par le biais des enquêtes trimestrielles et annuelles sur l'APA permettent d'avoir des informations sur cette prestation. Ces enquêtes isolent avant tout l'aide humaine (qui représente la majeure partie de l'APA), les autres dépenses étant agglomérées sous la rubrique « Prise en charge d'aides diverses concourant à l'autonomie (dépenses de transport, aides techniques, de portage de repas, de téléalarme, liées à l'incontinence, de diagnostic en matière d'adaptation du logement et de petits travaux) ». Il est donc difficile d'estimer précisément les montants dépensés au titre d'aides techniques.
- [305] A la fin de l'année 2004, la montée en charge du dispositif de l'APA était faite. Au 31 décembre 2004, 92 % du montant de l'APA est consacré à des aides humaines⁸⁰. Moins de 8% est ainsi consacré à d'autres aides, notamment techniques. Le financement des aides techniques ne représentent donc qu'une part faible de l'APA en comparaison de la PCH pour laquelle les aides techniques représentent près du quart de la dépense. Les constats faits par la mission dans trois départements confirment cette situation. Ainsi dans le Val de Marne en 2011, l'aide humaine représentait près de 94% de l'APA, les aides techniques et autres aides (portage de repas, frais de transport...) ne comptant que pour environ 6%. Près des deux tiers de cette part sont consacrés à des frais d'hygiène⁸¹.

2. LE RECOURS AUX AIDES TECHNIQUES INTERVIENT FREQUEMMENT AVANT ET EN DEHORS DE L'ENTREE DANS LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES SANS COORDINATION DES DIFFERENTS FINANCEURS

2.1. Les aides techniques, comme instrument de prévention de la dépendance, sont utilisées par un grand nombre de personnes âgées non dépendantes

2.1.1. Les aide techniques, un instrument de prévention de la dépendance

- [306] Le groupe de travail en charge de la thématique « Société et vieillissement » lors du débat national sur la dépendance qui s'est tenu en 2011 rangeait le recours aux aides techniques dans les actions de prévention de la perte (cf. tableau ci-dessous). Le recours aux aides techniques est donc utile non seulement face à une situation de dépendance pour en limiter les effets mais aussi en amont de la dépendance pour la prévenir et retarder sa survenue.

⁸⁰ Insee, Amandine Weber, données sociales 2006, Regards sur l'APA trois ans après sa création. La Drees est en train d'actualiser ces données mais les résultats ne seront disponibles que courant 2013.

⁸¹ La prestation APA ne définit pas précisément ce que sont les aides techniques ; les couches peuvent donc être considérées en faire partie. Pour la PCH, les couches ne font pas partie de l'élément 2 « Aide technique » mais de l'élément 4 « Charge spécifique ».

Tableau 8 : Typologie des actions et des acteurs de la prévention de la perte d'autonomie*

Type d'actions Niveaux de prévention	Santé publique : médicale et sociale		Sociale		Environnementale	
	Actions	Acteurs	Actions	Acteurs	Actions	Acteurs
Primaire : ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie (ou d'une situation de dépendance), donc à réduire l'apparition des nouveaux cas ; utilise l'éducation et l'information auprès de la population.	PNAPS, PNSS Plan Bien vieillir Plans par pathologie Ateliers de prévention des chutes Campagnes d'information	Caisses d'assurance maladie Caisses de Retraite ARS Collectivités locales INPES Mutuelles, IP et assurances	Actions visant à l'inclusion sociale des personnes âgées et de solidarité Développement des activités des séniors, ateliers mémoire etc.	Collectivités locales Caisses de retraite Associations dont associations de bénévoles Mutuelles, IP et assurances	Aménagements des logements et aménagements urbains	Collectivités (communes et intercommunalités) Caisses de retraite ANAH Mutuelles, IP et assurances
Secondaire : ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie (ou d'une situation de dépendance), donc à réduire sa durée d'évolution ; intervient par le dépistage de toutes les maladies (et des situations de fragilité) et comprend le début des traitements de la maladie (et les premières actions préservant l'autonomie)	Plans par pathologies Repérage par le médecin traitant Repérage des populations fragiles/vulnérables (observatoire des fragilités, consultations AGIRC-ARRCO) Ateliers de prévention des chutes	Caisses d'assurance maladie ARS Médecins traitants et spécialistes Réseaux gérontologiques Caisses de retraite/caisses d'assurance maladie CCAS et communes Mutuelles, IP et assurances	Développement des activités des séniors, ateliers mémoire etc. Actions visant à l'inclusion sociale des personnes âgées	Collectivités locales Caisses de retraite CCAS Département Associations dont associations de bénévoles Mutuelles, IP et assurances	Aménagements des logements et urbains pour la prévention des chutes Dispositifs médicaux de prévention (semainier par exemple) Gérontotechnologies	Collectivités (communes et intercommunalités) Caisses de retraite ANAH Assurance maladie Mutuelles, IP et assurances
Tertiaire : ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences et d'éviter les rechutes. À ce stade de prévention, les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion sociale	Plans par pathologies Actions contre l'iatrogénie hospitalière Actions de rééducation Aides au retour à domicile après hospitalisation Ateliers de prévention des chutes	Caisses de retraite/maladie Médecins traitants et spécialistes Hôpitaux, EHPAD, SSR Professionnels paramédicaux Caisses d'assurance maladie ARS Mutuelles, IP et assurances	Développement des activités des séniors, ateliers mémoire etc. Actions visant à l'inclusion sociale des personnes âgées	Collectivités locales Caisses de retraite CCAS Département Associations dont associations de bénévoles Mutuelles, IP et assurances	Aménagement des logements Environnement urbain adapté Dispositifs et biens médicaux Gérontotechnologies	Collectivités en charge de l'urbanisme et de l'habitat Caisses de retraite ANAH Assurance maladie Mutuelles, IP et assurances

Source : Rapport « société et vieillissement – rapport du groupe n°1 sur la prise en charge de la dépendance, juin 2011 »

2.1.2. Les personnes âgées ont un recours important aux aides techniques

[307] D'après l'exploitation de l'enquête Handicap Santé de 2008⁸², plus de 20% des personnes âgées utilisent au moins une aide technique⁸³, ce chiffre étant de 16% pour les personnes non dépendantes (Gir 5 ou 6). Les aides à la mobilité, en particulier les cannes et béquilles, sont les plus répandues avec une utilisation chez 14% des personnes âgées. Les aides auditives arrivent en deuxième position avec 7% des personnes qui l'utilisent. Viennent ensuite les aides pour l'incontinence, le matériel adapté pour toilettes ou salle de bain, la téléalarme... 47% des personnes de 80 ans ou plus utilisent au moins une aide technique tandis que ce ratio n'est que de 13 % chez les moins de 80 ans. Les aides pour lesquelles le besoin est le moins bien satisfait sont les aides auditives, confirmant un phénomène déjà constaté à la fin des années 1990. En effet, 1 470 000 personnes âgées affirment avoir besoin d'une aide auditive quand seulement 858 000 déclarent en avoir aujourd'hui une.

⁸² Mélanie Bérardier, Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement, DREES, Études et résultats n°823, décembre 2012.

⁸³ Cette statistique prend en compte les aides à l'hygiène de l'élimination, les aides aux déplacements, les aides aux transferts et les aides auditives, mais pas les lits médicalisés, les dispositifs lumineux et les équipements domotiques.

2.2. La prise en charge des aides techniques s'effectue par de multiples canaux en dehors de l'APA pour les aides techniques-dispositifs médicaux

[308] Le financement des aides techniques pour les personnes âgées non dépendantes s'effectue via de multiples canaux, sans lien les uns avec les autres. Les financeurs sont aussi variés que l'assurance maladie obligatoire, les collectivités, les caisses retraites, les caisses primaires d'assurance maladie sur leurs fonds extralégaux, les organismes complémentaires santé et des proches des personnes âgées. L'absence d'enquête conduite spécifiquement sur les restes à charge des usagers et sur les effets sur les marchés et les prix des différents éléments de solvabilisation empêche d'avoir une vision d'ensemble de ces prises en charge.

2.2.1. L'intervention de l'assurance maladie permet de couvrir un première partie de la dépense

[309] Pour les aides techniques qui sont des dispositifs médicaux recensés dans la Liste de Produits et Prestations Remboursables (LPPR), les personnes âgées bénéficient d'un remboursement de l'assurance maladie au même titre que tout autre patient. Sur cette liste figurent des dispositifs médicaux, matériels de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades comme les lits médicalisés, matelas et coussins anti-escarres et diverses aides à la mobilité (cannes, béquilles, déambulateurs). A cela s'ajoutent les audioprothèses et fauteuils roulants.

[310] La prise en charge au titre de l'assurance maladie peut de plus intervenir avec un taux de remboursement à 100% du tarif de responsabilité de l'assurance maladie si la personne a une affection longue durée (ALD) et que l'aide technique a un lien direct avec sa pathologie, comme par exemple un fauteuil roulant pour une personne diabétique.

[311] Face à cette prise en charge d'aides relativement diversifiées, se posent deux difficultés :

- le niveau du tarif de responsabilité n'a parfois qu'un lien faible avec la réalité des prix des aides sur le marché. En effet, le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) n'a pas à ce jour engagé de travail pour appliquer un tarif limite de vente sur le prix de ces aides. De plus les tarifs des aides n'ont pas été, pour un grand nombre d'entre elles, réévalués depuis de nombreuses années, posant la question soit d'un financement excessif par l'assurance maladie⁸⁴, soit d'un reste à charge important laissé aux personnes quand les prix ont monté du fait des innovations technologiques qu'ils intègrent⁸⁵.
- un certain nombre d'aides, pourtant largement utilisées par les personnes âgées non dépendantes, ne sont pas pris en charge du tout par l'assurance maladie. C'est notamment le cas des aides pour personnes incontinentes ou des sièges et fauteuils de douche.

2.2.2. Les fonds extra légaux des CPAM et MSA apportent des compléments de financement

[312] Dans les trois départements où la mission s'est déplacée, les caisses primaires d'assurance maladie consacraient à chaque fois une partie des fonds extra légaux au financement d'aides techniques selon des modalités propres à chaque caisse.

⁸⁴ Certains matériels doivent dès lors connaître une baisse de tarif. Ce fut par exemple le cas au milieu des années 2000 pour les matelas et coussins anti-escarres.

⁸⁵ Les audioprothèses en constituent un bon exemple : la prise en charge au titre de la LPPR est d'un peu moins de 130 euros pour une personne qui a un taux de remboursement à 65% alors que le prix moyen d'une audioprothèse sur le marché français est presque dix fois supérieur.

- [313] Ainsi, la CPAM de Haute Corse finance des aides techniques pour les personnes de plus de 60 ans, celles de moins de 60 ans étant actuellement orientées vers la MDPH. A titre d'exemple, le montant pris en charge est plafonné à 900 euros pour une audioprothèse et à 1500 euros pour deux, deux devis étant exigés pour prendre en charge les aides. La CPAM de la Marne a quant à elle passée une convention avec le Conseil général depuis juin 2010 sur la prise en charge concertée du financement de matériels ou de travaux concourant à limiter une perte d'autonomie. Entrent ainsi dans le champ de la convention des aides à la communication, à la mobilité et à l'hygiène⁸⁶.
- [314] Les MSA ont aussi des fonds extra légaux sur lesquels chaque MSA définit ce qu'elle prend en charge et à quel niveau. A titre d'exemple, la MSA de Corse a consacré 27% de ses 387 000 euros de fonds extralégaux pour 2011 au public âgé. Devant l'accroissement des demandes de contribution à l'achat d'aides techniques, la MSA de Corse a commandité une étude en 2011. Une réflexion est actuellement en cours pour évaluer la pertinence de créer une prestation extra-légale spécifique pour les audioprothèses. En effet, le secours moyen par dossier est important puisqu'il s'élève en 2011 à légèrement plus de 1000 euros, le reste à charge laissé aux personnes étant souvent faible. Le traitement administratif est lourd dans la mesure où chaque demande donne lieu à une enquête sociale approfondie. La MSA réfléchit donc à mettre en place un forfait de prise en charge. Les demandes de secours pour le financement de produits contre l'incontinence sont elles aussi récurrentes.

2.2.3. La CNAV soutient le financement d'aides techniques dans le cadre de sa démarche de prévention de la perte d'autonomie en direction des retraités non dépendants

- [315] La CNAV met en œuvre une politique de prévention de la perte d'autonomie des retraités socialement fragilisés, relevant des GIR 5 et 6 avec deux principaux axes d'intervention⁸⁷ : la prévention des chutes et des accidents domestiques et le kit prévention destinés à financer des aides techniques pour la vie à domicile. Une attention particulière est portée sur les aides au retour à domicile après hospitalisation, avec la possibilité de mobiliser un ergothérapeute pour évaluer les besoins des personnes.
- [316] Peuvent par exemple être financés par l'assurance retraite des rehausse WC, planche de bains, siège pivotant de baignoire, tabouret de douche, tapis antidérapant, barre d'appui, rehausse lit, rehausse fauteuil, kit lumineux ou main courante.
- [317] En fonction des préconisations de la structure qui a réalisé l'évaluation des besoins, trois niveaux de prise en charge sont possibles pour la personne retraitée :
- Le premier niveau de forfait est prévu pour aider au financement de l'achat et la pose de barres d'appui ou d'une autre aide technique, telle qu'un tabouret de douche, un rehausse WC, lit, fauteuil, une planche de bain, etc. Le montant du forfait est de 100€.
 - Le deuxième niveau de forfait est prévu pour le financement de plusieurs aides techniques ou d'une main courante. Le montant du forfait est de 200€.
 - Le troisième niveau de forfait est prévu pour le financement de barres d'appui, d'autres aides techniques et d'une main courante. Le montant du forfait est de 300€.

⁸⁶ Audioprothèses, télé-agrandisseurs, loupes, fauteuils roulants, rehausseurs de WC, chaises de douche et planches de bain.

⁸⁷ Circulaire CNAV n°2012-47 du 6 juin 2012, Objectifs et conditions de mise en œuvre et de financement des aides relatives à l'habitat et au cadre de vie pour les personnes retraitées socialement fragilisées, relevant des GIR 5 et 6.

- [318] Entre juillet et décembre 2012, cette démarche a représenté un engagement financier de 1 275 000 euros pour la CNAV, le versement moyen étant d'un peu moins de 150 euros.
- [319] L'intérêt d'une telle démarche ne consiste pas tant à compenser une perte d'autonomie qu'à retarder l'entrée dans la dépendance des personnes âgées en évitant autant que possible les risques d'accidents, au premier rangs desquels les chutes au domicile.

2.2.4. Les organismes complémentaires santé peuvent aussi intervenir sur certaines aides

- [320] Comme indiqué précédemment, la déconnexion entre le tarif de responsabilité de l'assurance maladie et le prix de marché de certaines aides est aujourd'hui problématique. C'est notamment le cas des audioprothèses pour lesquelles la prise en charge au titre de l'assurance maladie est nettement inférieure au coût réel auquel font face les usagers. Les organismes complémentaires de santé (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) ont dès lors développé leur intervention pour ce type d'aides, intervention dont peuvent bénéficier les personnes âgées.
- [321] Entre 2005 et 2010, la proportion de personnes ayant un contrat, individuel ou collectif, auprès d'un organisme complémentaire santé pour lequel la prise en charge des audioprothèses est supérieure au ticket modérateur de l'assurance maladie est passé de 84% à 89%. Les montants pris en charge sont relativement élevés, pouvant être trois à quatre fois supérieurs à ceux de l'assurance maladie. A titre d'exemple, pour les personnes de plus de 60 ans couvertes par un organisme complémentaire santé, la prise en charge cumulée de l'assurance maladie et de la complémentaire en 2010 pour une paire d'audioprothèse à 3000 euros (soit 1500 euros l'unité) est en moyenne de 1011 euros, la part assurance maladie étant légèrement inférieur à 260 euros⁸⁸ (voir l'annexe sur les audioprothèses).

2.2.5. Les collectivités mènent des politiques extra légales en faveur du maintien à domicile dont le financement d'aides techniques est une composante

- [322] Les départements mènent depuis longtemps des actions extra-légales en faveur des personnes âgées. D'après une étude réalisée en 2004 par la Drees⁸⁹, plus des trois quarts des départements avaient des mesures extra-légales en direction de ce public. La téléalarme ou la téléassistance est l'aide la plus fréquemment citée, action qu'une étude de 2002 de la Drees plaçait aussi en tête de l'action extra-légale des communes en direction des personnes âgées. L'accès à ces aides est souvent soumis à conditions de ressources.
- [323] L'action des départements concerne un nombre potentiellement varié d'aides techniques. Dans le cadre de sa politique en faveur du maintien à domicile, le Département de l'Hérault finance actuellement des fauteuils élévateurs aux personnes âgées. Le Département de la Marne a quant à lui passé une convention avec la CPAM dont le financement concerté des aides techniques constitue un volet : à titre d'exemple, le Conseil général contribue à hauteur de 50% de l'aide octroyé par la CPAM pour l'acquisition d'audioprothèses, une reconnaissance mutuelle des évaluations individuelles réalisées auprès des bénéficiaires étant rendue possible par la convention. Les aides finançables dans le cadre de la convention concernent aussi les aides à la mobilité et à l'hygiène.

⁸⁸ Calculs réalisés par la mission Igas au moyen de données fournies par la Drees.

⁸⁹ Claire Baudier-Lorin, L'aide sociale extralégale ou facultative des départements, Drees, Etudes et Résultats, n°317, juin 2004.

2.2.6. Les proches constituent aussi une ressource pour l'acquisition d'aides techniques

[324] Le groupe de travail « Société et vieillissement » du débat national sur la dépendance qui s'est tenu en 2011 a estimé que les aidants représentent une ressource financière dont la valorisation pourrait représenter près de 7 milliards d'euros. Au-delà de la problématique des personnes dépendantes, nombre des interlocuteurs de la mission considèrent que les aides techniques font souvent l'objet de cadeaux des proches envers les personnes âgées dès lors que ces présents n'entrent pas à l'excès dans l'intimité des personnes comme par exemple un téléphone à grosse touche ou une montre parlante. Ainsi que le relevait le groupe de travail « Société et vieillissement », la mise en place de l'APA « *n'a pas découragé ou réduit cet accompagnement : aide familiale ou familiale et aide publique sont davantage complémentaires que substituables* ». En effet, le soutien aux âgés via l'acquisition d'aides techniques constitue une marque de solidarité.

2.3. *Aucun acteur n'a une vision consolidée de l'ensemble des financements existants ainsi que des effets de la solvabilisation pour l'usager et pour les acteurs économiques*

[325] Chaque acteur contribuant au financement intervient sans coordination d'ensemble avec les autres financeurs. Quelques expériences locales attestent de la prise de conscience de la nécessité d'une plus forte coordination comme l'atteste la signature marnaise d'une convention entre la CPAM et le Conseil général pour parvenir à un financement concerté.

[326] En effet, le système décentralisé et cloisonné actuel ne protège en rien contre l'écueil d'un sur-financement ou au contraire d'un sous-financement, les deux situations pouvant exister selon les aides techniques et les populations cibles prises en compte. Ainsi le dispositif actuel ne garantit pas qu'un financeur public ne paye pas des aides déjà financées par d'autres biais. Se donner l'objectif de simplifier le système de financement pour limiter à un ou deux maximum le nombre de financeurs possibles serait nécessaire et devrait être la déclinaison d'une stratégie globale nationale quant au recours aux aides techniques pour les personnes âgées. D'un point de vue financier et économique, une telle stratégie couplée à une coordination renforcée des acteurs aurait le mérite de clarifier les modalités contributives de chaque acteur, de définir des restes à charge cohérents avec des objectifs de santé publique explicités et de mieux maîtriser l'impact sur les prix de la solvabilisation publique. L'intégration et la revalorisation du tarif des aides techniques les plus répandues et les plus coûteuses dans la LPPR seraient de nature à améliorer le pilotage et la maîtrise de cette politique.

3. LE FONCTIONNEMENT DE L'APA NE PERMET PAS UN RECOURS AISE AUX AIDES TECHNIQUES POUR LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES QUI EN ONT BESOIN

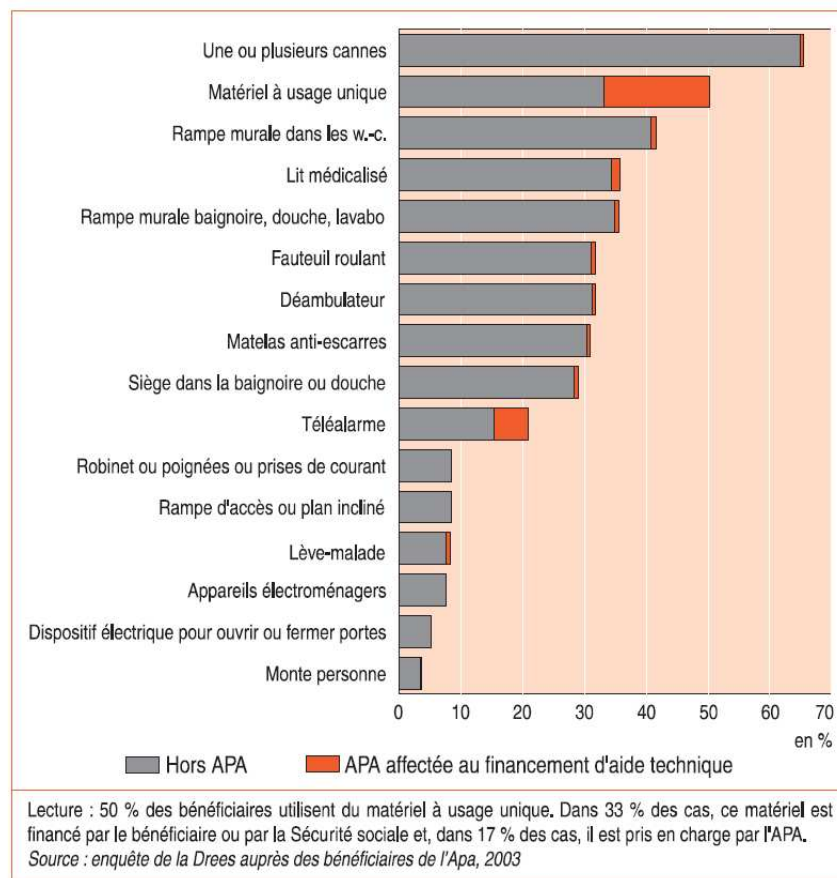
3.1. *La perte d'autonomie conduit à un recours plus massif aux aides techniques, ainsi qu'à des aides de surcroît souvent plus coûteuses*

- [327] Le recours à au moins une aide technique est majoritairement concentré chez les personnes reconnues dépendantes (Gir 1 à 4) et, parmi les GIR 1 à 4, ce sont les personnes les plus dépendantes qui ont le plus recours à des aides techniques : 82% chez les GIR 1 – 2, 73% chez les GIR 3-4 alors qu'il n'est que de 16% chez les personnes en GIR 5-6⁹⁰. Dans le Val de Marne, les bénéficiaires de GIR 4 représentent près de 57% des bénéficiaires de l'APA mais ne constituent que 48% des dépenses engagées au titre des aides techniques. Cet écart s'explique par le fait que les personnes les plus dépendantes ont non seulement recours à plus d'aides techniques mais aussi à des aides plus coûteuses : entre janvier et septembre 2012, les bénéficiaires de l'APA de GIR 4 pour qui une décision de financement d'une aide coûteuse⁹¹ (ex. un fauteuil roulant, un fauteuil releveur ou un monte escalier) a été prise représentaient moins de 35% des bénéficiaires de ces aides ; à l'inverse, les GIR 1 étaient largement surreprésentés pour ce type d'aides (ils sont 25% des bénéficiaires de ce type d'aides alors qu'ils constituent moins de 4% des bénéficiaires de l'APA).
- [328] Pour un département comme le Val de Marne, les deux aides techniques les plus financées par le biais de l'APA sont la téléassistance et les frais d'hygiène, et parmi ces derniers les aides contre l'incontinence : la téléassistance concerne une personne âgée dépendante à domicile sur quatre ; les frais d'hygiène, qui représentent en masse financière les montants les plus importants, touchent plus de 28% des bénéficiaires de l'APA.
- [329] Ce constat confirme une étude de la Drees menée en 2003 au moment de la montée en charge de l'APA : elle montrait déjà que la téléalarme et les aides contre l'incontinence étaient souvent financés par l'APA (cf. figure ci-dessous).

⁹⁰ Mélanie Bérardier, Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement, DREES, Études et résultats n°823, décembre 2012.

⁹¹ Les aides prises en compte dans ce décompte avaient un prix moyen de 2800 euros, le département ayant pris à sa charge en moyenne un peu plus de 1300 euros.

Figure 9 - Taux de recours en aménagements du logement et aides techniques



[330] La figure ci-dessus atteste cependant du fait que le recours aux aides techniques de la part des personnes âgées dépendantes est bien plus diversifiée : ainsi en 2003, près des deux tiers des personnes ont recours à une canne, plus de 40% à une rampe dans leur WC et plus de 30% à un lit médicalisé, fauteuil roulant, déambulateur, matelas anti-escarre ou siège de douche.

[331] L'acquisition d'un certain nombre de ces aides avant l'entrée dans la dépendance explique pour partie le fait que l'APA finance une part très faible de ce type d'aides. Par ailleurs, les aides les plus coûteuses se concentrant sur les GIR 1 et 2 qui sont les moins nombreux dans le dispositif, il n'est pas surprenant qu'au global l'APA finance une part faible d'aides techniques. Cependant, d'autres éléments liés aux modalités d'attribution et de gestion de l'APA sont sans doute aussi à l'origine du faible financement d'aide technique par le biais de l'APA.

3.2. *La fixation de plafonds légaux pour les plans d'aide APA est un facteur limitant dans le recours aux aides techniques pour les personnes les plus dépendantes*

3.2.1. La majorité des bénéficiaires de l'APA pourrait, sans changement du dispositif actuel, recourir plus largement aux aides techniques s'ils le souhaitent

[332] D'après une étude de la Drees⁹², fin 2007, la proportion de plans saturés, c'est-à-dire égaux au plafond légal attribuable, n'était que de 26%. Pour près des trois quarts des plans d'aide, il reste donc de la marge, si besoin, pour financer des aides techniques. Pour une majorité des bénéficiaires de l'APA, l'existence d'un plafond légal au plan n'est pas aujourd'hui une entrave à l'acquisition d'aides techniques, a fortiori si ces aides sont peu coûteuses.

3.2.2. Les personnes âgées les plus dépendantes rencontrent une limitation dans leur recours à des aides techniques

[333] Cependant, ce qui est vrai pour une majorité des bénéficiaires ne l'est sans doute pas pour tous. Comme nous l'avons décrit ci-dessus, le besoin de financement d'aides techniques s'accroît avec le niveau de dépendance. Or, plus une personne est dépendante, plus il y a de chance que son plan soit saturé : ainsi les personnes en GIR 1 ont des plans d'aide deux fois plus fréquemment saturés que les personnes en GIR 4. Dans deux tiers des plans saturés, la saturation est le fait uniquement du recours à de l'aide humaine, sans aucune mobilisation de l'APA pour des aides techniques.

[334] Les GIR 1 et 2 sont donc ceux pour lesquels l'aide humaine sature le plus fréquemment le plan et qui pourtant recourent le plus souvent à des aides techniques. L'acquisition de ces aides techniques se fait donc soit avant l'entrée dans la dépendance soit par d'autres biais que l'APA. L'existence d'un plafond légal de prise en charge pour l'APA a donc de fortes chances de limiter le recours aux aides techniques pour les personnes très fortement dépendantes qui ne trouvent pas d'autres moyens de financement. Or, d'après les analyses récentes menées par la Drees, les personnes à revenus modestes, qui par définition n'ont que peu de moyens pour se financer des aides techniques en dehors de l'APA, sont surreprésentées parmi les bénéficiaires dont le plan est saturé.

3.2.3. La création d'une enveloppe spécifique « aides techniques » au sein de l'APA ne paraît pas dans l'immédiat être la réponse adéquate

[335] Une piste souvent évoquée ces dernières années⁹³ consisterait à créer une enveloppe spécifique dans l'APA dédiée aux aides techniques. Cette idée a priori simple visant à développer le recours aux aides techniques pour les personnes âgées dépendantes poserait cependant plus de difficultés qu'elle n'apporterait de solutions. A enveloppe financière globale constante, elle aurait mécaniquement comme effet de réduire l'accès aux aides humaines pour les personnes dont le plan est aujourd'hui saturé ou dont le plan est proche du plafond. Pour les autres, une telle enveloppe n'apporterait rien au regard de leur situation actuelle dans la mesure où, s'ils souhaitent avoir un plus large recours à des aides techniques, ils le pourraient, leur plan n'étant pas saturé.

⁹² Etudes et résultats N° 748 • février 2011 « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables ».

⁹³ Bérengère Poletti pour l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, n°1010, Assemblée nationale, n° 462 Sénat (2007-2008), 2 juillet 2008, Rapport sur les apports de la science et de la technologie à la compensation du handicap ; CNSA, Rapport sur les technologies pour la santé et l'autonomie, 2007.

[336] La création d'une enveloppe en plus des financements actuellement accordés pour l'aide humaine rapprocherait le fonctionnement de l'APA du dispositif de la PCH au sein de laquelle chaque type d'aides relève d'une enveloppe spécifique. Une telle option présenterait l'avantage de sanctuariser le recours à des aides techniques et d'éviter que la préférence pour de l'aide humaine se fasse au dépens du recours aux aides techniques. Elle présente cependant deux inconvénients, aujourd'hui connus pour la PCH : le coût global de la prestation augmenterait posant la question de la compensation d'une telle hausse des dépenses et le coût de gestion s'en trouverait accru du fait de la plus grande complexité pour les conseils généraux à gérer plusieurs plafonds d'aides au lieu d'un seul.

[337] Etant donné les inconvénients que présente l'idée de la création d'une enveloppe spécifique pour les aides techniques dans l'APA, plusieurs autres pistes méritent dans l'immédiat d'être explorées :

- réaliser une enquête spécifique en direction des bénéficiaires de l'APA dont le plan d'aide est saturé ou proche de l'être pour savoir si le recours à des aides techniques est pour eux un problème ou non.
- explorer les simplifications administratives dans la gestion de l'APA pouvant accroître le recours aux aides techniques.

[338] Au-delà de ces situations, un élargissement de la prise en charge au titre de l'assurance maladie pour les aides techniques les plus répandues et/ou les plus coûteuses sera mieux de nature à répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes.

3.3. Les modalités de mise en œuvre de l'APA posent des entraves réelles au financement d'aides techniques

3.3.1. Pour acquérir des aides techniques coûteuses, les usagers peuvent être contraints de faire des avances qu'ils ne sont pas certains de récupérer

[339] L'APA est une prestation attribuée en fonction d'un plafond de plan d'aide. Le versement mensuel ne peut dépasser ce plafond. Par conséquent, si l'acquisition d'une aide technique par l'utilisateur conduit à un dépassement du plan mensuel, le versement de l'aide sera lissé sur autant de mois que nécessaire pour respecter le plafond mensuel de versement. Le paiement de certaines aides, en particulier celles coûteuses, peut ainsi s'échelonner sur plusieurs mois. La mission a ainsi recensé dans un département les situations suivantes : trois mois pour un fauteuil releveur à 600 euros, sept mois pour une loupe électronique couplée à un téléagrandisseur à 4020 euros et dix mois pour une barre de bain et un siège de bain surélévateur à 300 euros, le montant financé par le département étant respectivement de 360 euros, 3200 euros et 234 euros.

[340] Dans ces différents cas, l'utilisateur est contraint de faire l'avance afin de pouvoir acquérir l'aide et ainsi enclencher les paiements d'APA. Or, si sa situation change au cours de la période, il court le risque d'avoir fait une avance qu'il ne se verra pas rembourser. C'est notamment le cas si l'utilisateur décède, entre en établissement ou est hospitalisé, situations dans lesquelles le financement de l'aide est suspendu.

- [341] Pour les cas où l'utilisateur n'est pas en mesure de faire l'avance, la mission a rencontré un département qui contourne le problème en accumulant des droits en quelque sorte fictifs pour l'utilisateur et n'enclenche le paiement qu'une fois que la totalité du versement au titre de l'APA est possible. A titre d'exemple, pour l'achat d'un fauteuil à 600 euros pour un bénéficiaire pour lequel il ne reste qu'une marge de 100 euros avant de saturer son plan d'aide mensuel et que le département va financer, du fait du taux de participation de l'utilisateur, à hauteur de 400 euros, le département attendra quatre mois à compter de la date de réception du devis avant de verser cette somme d'un coup et dans son intégralité à l'utilisateur. Cette formule présente l'avantage d'éviter les situations où l'utilisateur ne peut pas acquiescer une aide car il ne pourrait pas faire l'avance. Elle présente cependant l'inconvénient de retarder, parfois de plusieurs mois, l'acquisition des aides techniques utiles pour compenser sa perte d'autonomie.
- [342] Un assouplissement des modalités de versement de l'APA, comme cela existe pour la PCH, permettrait d'accroître le recours aux aides techniques. Ainsi, en fonction des situations, une dérogation pourrait être accordée pour le financement des aides techniques coûteuses, autorisant ponctuellement le versement en une fois et par anticipation des paiements à venir. Il serait dès lors souhaitable d'autoriser, en fonction des situations, le paiement par anticipation des aides techniques coûteuses au titre de l'APA pour éviter de contraindre les usagers à faire des avances qu'ils ne sont pas certains de récupérer.

3.3.2. La prise en charge de la déficience auditive par l'APA est très limitée et source d'iniquités

- [343] L'application de la grille A.G.G.I.R conduit à exclure de l'APA les personnes en situation de déficience auditive mais sans autre perte d'autonomie. En effet, ces personnes malentendantes sont classées en GIR 5 ou 6. Cependant, une personne malentendante qui a d'autres types de perte d'autonomie la conduisant à appartenir au GIR 1, 2, 3 ou 4 pourra se voir financer des prothèses auditives par l'APA. Cette situation explique pourquoi bon nombre de CPAM ou de MSA sont sollicitées par les personnes âgées pour financer des audioprothèses au titre des aides financières individuelles extralégales.
- [344] Une telle situation est peu cohérente et source d'iniquités car une même déficience auditive n'est alors pas prise en charge de la même façon entre usagers. Il n'est certes pas certain que l'APA soit le bon véhicule juridique pour financer des prothèses auditives dans la mesure où ce ne sont pas les personnes les plus dépendantes qui ont le plus besoin d'aides auditives. Cependant, cette situation pose plus généralement la question de la prise en charge des audioprothèses qu'il faut à la fois renforcer, mieux maîtriser et rendre plus équitable entre personnes subissant un même niveau de perte auditive. La révision du tarif de responsabilité de l'assurance maladie couplée à la détermination de caractéristiques sur les fonctionnalités d'audioprothèses avec la fixation d'un prix limite de vente permettrait d'assurer une meilleure prise en compte de ce besoin important de la population âgée (voir annexe audioprothèse).

3.3.3. Les dispositifs alternatifs à l'acquisition sont quasi inexistant

[345] L'APA (tout comme la PCH) est fondée sur une logique d'acquisition des aides techniques par les bénéficiaires qui, une fois qu'ils ont reçu les versements publics, deviennent les propriétaires de ces aides. Au jour où les bénéficiaires de l'APA quittent leur domicile, le Conseil général ne sait pas ce que deviennent les aides, alors même que certaines sont des aides coûteuses et qui pourraient être réutilisées par d'autres personnes. Cela représente une perte nette de richesse pour la collectivité. En effet, les dispositifs de location et de prêt sont quasiment inexistant en France, en particulier pour les aides faiblement individualisées. Or pour les personnes ayant une situation de dépendance fortement évolutive, une telle solution pourrait être la plus pertinente. En effet, en l'absence de telles solutions, les financeurs publics sont réticents à attribuer des aides coûteuses aux personnes : certains acteurs rencontrés par la mission dans un département ont ainsi déclaré qu'il n'était pas « rentable » de payer une aide technique coûteuse pour une personne en GIR 2 du fait de la durée probablement courte pour laquelle cette personne ferait usage de l'aide à son domicile (son entrée en établissement paraissait inéluctable). Envisager des systèmes de location, prêt ou de transfert des produits à des établissements lorsque l'utilisateur vient à ne plus les utiliser serait une option à expérimenter pour les aides techniques qui sont à la fois coûteuses et faiblement individualisées.

3.4. *Les besoins en aides techniques des personnes âgées dépendantes financées dans le cadre de l'APA sont mal identifiés*

3.4.1. Le primat mis sur l'aide humaine doit être questionné

[346] Les personnes font souvent appel à l'APA pour financer des aides humaines, en particulier des aides ménagères. La possibilité de financer des aides techniques par l'APA n'est parfois même pas connue, comme l'a constaté la mission dans un département où le financement possible par l'APA de couches n'était pas connu d'un certain nombre d'acteurs locaux.

[347] Lorsqu'une équipe médico-sociale intervient pour faire l'évaluation individuelle de la situation d'une personne âgée, la personne est déjà souvent en possession d'un certain nombre d'aides techniques. Cependant, rien ne garantit que les aides techniques dont dispose la personne âgée soient encore adéquates pour compenser sa perte d'autonomie, qui est par nature évolutive, et qu'elle ait toutes les aides techniques dont elle aurait besoin. Or, en comparaison des équipes médico-sociales en charge de la PCH, les équipes d'évaluateurs pour l'APA ne sont presque jamais composées d'ergothérapeutes. D'après les informations collectées par la CNSA, seuls deux départements, le Doubs et le Bas Rhin, ont mutualisé leurs équipes médico-sociales entre l'APA et la PCH et font intervenir des ergothérapeutes auprès des personnes âgées. Le Conseil général du Val de Marne a quant à lui passé une convention avec le Réseau Santé Géro4 pour la réalisation d'évaluation, ce réseau ayant un ergothérapeute au sein de son équipe mobile. Cependant, les autres équipes départementales sont majoritairement composées de travailleurs sociaux et de personnels administratifs, parfois appuyés par des infirmières.

[348] La prescription d'une aide technique nécessite des compétences spécialisées qu'aucune de ces professions n'a véritablement. La mission a constaté l'effort de certains personnels pour apprendre par eux-mêmes mais cette fonction d'expertise requiert des professionnels diplômés et compétents. Alors que l'APA ne finance presque pas d'aides techniques, la méconnaissance des personnels explique sans doute pourquoi les équipes en charge de l'APA considèrent rarement que le recours aux aides techniques est insuffisant ou inadéquat. Un recours plus large à des compétences en ergothérapie au sein des équipes d'évaluation est donc nécessaire.

3.4.2. Le financement d'aides techniques aux aidants : une voie à plus explorer

- [349] Au-delà du problème de la couverture des besoins de prothèses auditives, le besoin sans doute le moins bien identifié et le moins bien satisfait est celui des aides techniques aux aidants. La CNSA dans son rapport d'activité pour l'année 2011 relève que « *la question de la solvabilisation [des aides techniques aux aidants], encore insuffisante (particulièrement dans le cas de l'allocation personnalisée d'autonomie), est essentielle* ». Un tel sujet est d'autant plus important qu'il peut permettre d'éviter un essoufflement accéléré des aidants.
- [350] Les aides techniques utiles aux aidants sont diverses : téléalarme et dispositif de prévention des chutes, lève malade ou fauteuil à roulettes. Ces aides peuvent s'avérer aussi utiles pour les professionnels qui interviennent auprès des usagers et dont le travail est facilité grâce à elles. Une évaluation individuelle des besoins en ayant recours à des ergothérapeutes réalisant leur évaluation en présence des aidants pourrait ainsi permettre de mieux connaître et répondre à leur besoin en aides techniques.

Annexe 4 : Prescription

PRESCRIPTION.....	99
1. DEFINITIONS	100
2. LE CONTEXTE.....	100
2.1. Une absence de chiffrage du nombre et du montant financier consacré aux aides techniques.....	100
2.2. Une prescription préconisation à plusieurs étages	100
3. LE POIDS DE LA PRESCRIPTION DANS LE FINANCEMENT D'AIDES TECHNIQUES	101
3.1. Bien connaître la situation de vie de la personne pour prescrire une aide adaptée	101
3.2. Les médecins ne sont pas les plus compétents pour prescrire les aides techniques.....	103
3.3. Encadrer les liens entre prescripteurs–préconisateurs et distributeurs afin d'éviter les conflits d'intérêt.....	105
3.4. Un manque de référentiels d'aide à la prescription-préconisation et à son contrôle	106
4. UN PROCESSUS DE PRESCRIPTION PRECONISATION A REORGANISER.....	108
4.1. L'efficacité de l'aide technique est liée à la rapidité de sa mise à disposition.....	108
4.2. Pourtant le délai entre prescription et présentation du dossier en commission pourrait être raccourci	109
4.3. Le travail en équipe pluriprofessionnelle n'implique pas que celle-ci doive être réunie pour décider.....	109
5. BIEN PRESCRIRE POUR MIEUX ET MOINS DEPENSER	110

1. DEFINITIONS

- [351] On utilise dans ce rapport le terme prescription au sens suivant : constat de la déficience à compenser et du besoin d'une aide technique par laquelle y parvenir. Par exemple, déficience auditive de x décibels à l'oreille gauche, y à l'oreille droite, besoin d'appareillage. Ou encore, incapacité à mouvoir les membres inférieurs, besoin d'un fauteuil roulant non électrique. Ou encore, risque de chute lors de la toilette, besoin d'un équipement en siège de douche.
- [352] On utilisera préconisation pour décrire l'opération aboutissant au choix des caractéristiques techniques de l'aide technique : les différentes options pour les roues, le matériau employé, le coussin, les accoudoirs etc. pour un fauteuil, le choix du type de prothèse auditive, contour ou intra, nombre d'émetteurs, propriétés ; amplifie le son venant de face et atténue le bruit environnant, transforme des sons aigus inaudibles en sons moyens que le cerveau pourra interpréter etc. Pour un fauteuil de douche, un simple tabouret rabattable suffit-il, faut-il un accoudoir et faut-il l'accompagner d'une rampe, d'un tapis antidérapant etc.
- [353] La troisième étape est le choix du modèle d'aide technique (type et marque) et la mise à disposition du produit, donc sa distribution par différentes techniques : vente, location, prêt.

2. LE CONTEXTE

2.1. *Une absence de chiffrage du nombre et du montant financier consacré aux aides techniques*

- [354] On est face à une absence complète de chiffres. En effet, les MDPH traitent des demandes de PCH qui comprennent des aides humaines, des aides techniques, des aides spécifiques et des aménagements de logement ou de véhicule. Selon les départements, les définitions ne se recoupent pas et la DREES chargée de la statistique générale comme la CNSA ne sont pas capables de dire combien d'aides sont prescrites chaque année, ni pour quel montant. Les données au niveau local ne sont pas mieux renseignées. Selon les départements, l'aide technique sera payée d'un seul coup souvent au fournisseur ou bien à l'utilisateur pour les bénéficiaires de la PCH et payée par tranches mensuelles pour les bénéficiaires de l'APA. Le paiement d'une aide ne peut donc pas être corrélé à une prescription.
- [355] S'agissant de l'APA, il est tout aussi difficile d'isoler les aides techniques à l'intérieur des plans d'aide, sauf pour certaines d'entre elles, quand elles sont soumises à un mode de financement particulier. Ainsi la Marne connaît très exactement le montant payé chaque année pour la fourniture de protections contre l'incontinence, puisque celles-ci sont financées par un chèque spécifique à donner au fournisseur qui se le fait rembourser par le département.
- [356] Il paraît dès lors souhaitable de renforcer le partage et la collecte d'information sur les aides techniques par le biais d'enquêtes flash thématiques réalisés conjointement entre la Drees et la CNSA. De telles enquêtes permettront de connaître le nombre de bénéficiaires et les montants associés à chaque grand type d'aide techniques.

2.2. *Une prescription préconisation à plusieurs étapes*

- [357] La procédure de demande d'aide technique est très organisée et compliquée pour les personnes handicapées, qui verront leur aide entièrement ou presque entièrement financée. Elle est souvent plus simple et plus rapide pour les personnes âgées. La prescription médicale est nécessaire dès le dépôt de la demande ou dès le projet de plan d'aide pour l'APA. Elle sera jointe au dossier administratif.

- [358] Une fois l'instruction administrative effectuée, la personne sera contactée par un professionnel de la préconisation, le plus souvent pour une personne handicapée un ergothérapeute, directement employé par le département ou employé par une structure prestataire (un SAVS par exemple). Ce professionnel doit en principe faire un compte rendu de son instruction, à domicile ou par téléphone selon la nature du handicap et de l'aide demandée, que la personne joindra, ainsi qu'un ou des devis à sa demande complète d'aide.
- [359] Cette demande complète sera examinée en commission de synthèse de la MDPH, donnera lieu à l'établissement d'un plan de compensation, envoyé par la personne qui l'approuvera avant qu'il ne soit présenté en CDAPH. La CDAPH accordera une prestation de compensation du handicap, selon un plafond par type d'aide prévu par arrêté (arrêté PCH) ou au plus égal au double du tarif LPPR. La CDAPH enverra ensuite la personne vers le FDC dans certains départements, dans d'autres recherchera pour la personne les cofinancements possibles avant ou au FDC.
- [360] Pour les personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA, les prescriptions préconisations sont nettement moins bonnes que pour les personnes handicapées : en effet, il est très rare que les équipes d'évaluation APA soit composées d'ergothérapeutes.

3. LE POIDS DE LA PRESCRIPTION DANS LE FINANCEMENT D'AIDES TECHNIQUES

- [361] La prescription du médecin est rarement mise en cause et le constat de la déficience ou de la perte d'autonomie va asseoir un besoin de compensation ou d'aide à l'autonomie. Mais cette prescription est à géométrie variable et a des effets financiers très différents selon le type de matériel préconisé.
- [362] C'est donc le professionnel préconisateur qui constitue un déterminant important de l'engagement des fonds publics. Il faut que ce préconisateur soit à la fois indépendant du distributeur et très informé pour qu'on ait la certitude que la meilleure aide au meilleur prix sera préconisée.
- [363] La prescription-préconisation d'une aide technique adaptée aux besoins de la personne nécessite une analyse bien encadrée de sa situation ; il n'est pas certain que les médecins soient les mieux placés pour effectuer la prescription ; il n'existe pas toujours de référentiels ou d'outils d'aide à la décision permettant aux financeurs, les MDPH et les services pour personnes âgées des départements, de savoir si l'aide préconisée est nécessaire et suffisante et non inutile ; enfin, il faut encadrer la promotion par les distributeurs, soit auprès des personnes âgées notamment, mais aussi dans leurs liens avec les préconisateurs, notamment les ergothérapeutes, si on souhaite développer leur compétence.

3.1. Bien connaître la situation de vie de la personne pour prescrire une aide adaptée

- [364] Cet objectif relève de plusieurs conditions :

3.1.1. S'assurer que la personne a été vue à domicile et que son projet de vie est explicite et a été pris en compte

[365] Dans la Marne, toutes les demandes un peu complexes et onéreuses impliquent un contact physique avec la personne, à son domicile le plus souvent ou au SAVS éventuellement pour les personnes souffrant de handicaps sensoriels. Dans le Val de Marne, il en est de même. Dans ces deux départements, certaines évaluations sont effectuées par du personnel directement employé par la MDPH, d'autres par des prestataires qui sont rémunérés soit à l'acte, soit sous forme d'entrée suivie immédiatement de sortie du SAVS. En Haute Corse les évaluations sont toutes faites par des prestataires externes, rémunérés soit par la MDPH, soit par le département, à l'acte ou forfaitairement. Dans les cas du Val de Marne et de la Haute Corse, les projets de vie sont inexistantes. Dans la Marne, ils commencent à apparaître. De l'étude des dossiers il ne ressort donc pas que les aides soient toujours préconisées d'après une étude globale et systémique du besoin de compensation.

[366] S'agissant en revanche des personnes âgées, celles-ci sont systématiquement vues à domicile, dans les trois départements. En Haute Corse, la part de prescription des aides techniques est très faible et le plan d'aide est plutôt un enregistrement des besoins des usagers et de leurs familles en aides humaines. Dans le Val de Marne, les équipes techniques établissent un plan d'aide dit « idéal » qu'elles ne communiquent pas à la personne, mais qu'elles rognent en équipe de synthèse avec le médecin pour le calibrer en fonction de l'allocation accordée : l'utilisateur n'a lui connaissance que du plan d'aide dit « réel ».

3.1.2. S'assurer que la personne teste le matériel avant acquisition

[367] Ce test n'est pas toujours effectué notamment quand il s'agit d'un matériel cher. En Haute Corse, les fauteuils sophistiqués ne sont pas essayés, le prix du transport justifiant la commande d'un seul modèle (et paradoxalement un seul devis, alors que celui-ci peut être effectué, du moins sans entrer dans le détail des options sans que le fauteuil soit disponible). Nombre d'audioprothésistes ne l'effectuent pas ou alors imposent un dépôt de garantie élevé ou alors l'effectuent bien en dessous des trois semaines nécessaires. Spécifier, par type d'aide technique, les prérequis faits au vendeur en termes de durée et conditions d'essais, accompagnement, service après vente, garantie permettrait dès lors d'améliorer la pertinence des achats d'aides techniques et donc ensuite leur utilisation.

3.1.3. S'assurer qu'il n'existe pas un bien en consommation universelle remplissant la même fonction moins chère

[368] L'exemple typique avancé par la mission est celui des chaussures à fermeture scratch qui existent de manière courante dans tous les commerces et pour des prix modiques. Mais aussi des appareils permettant d'agrandir une image ou un texte, relié à un grand écran. Il est apparu à la mission qu'une liseuse ou un Ipad relié à un grand écran reviendrait moins cher que le logiciel d'agrandissement qui nécessite que la personne possède un ordinateur qui ne sera pas pris en charge. De manière générale, la distinction est difficile à faire entre un produit universel, mais que toutes les personnes non handicapées n'acquièrent pas (un ordinateur, un Ipad), et un produit que, nonobstant toutes conditions de déficience, chacun devra posséder (des chaussures avec ou sans scratch).

[369] Il serait dès lors profitable de permettre à la CDAPH de faire prendre en charge sur la PCH des matériaux universels moins coûteux que leur équivalent spécifique dès lors que leur acquisition remplit un besoin de compensation et ne serait pas faite de toute façon.

3.2. Les médecins ne sont pas les plus compétents pour prescrire les aides techniques

3.2.1. Le poids des médecins dans la prescription pour les personnes handicapées

- [370] Les aides techniques, comme leur nom l'indique, sont le plus souvent des objets pour la vie courante, adaptés à leur utilisation par des personnes déficientes sur certaines fonctions : motrices et sensorielles essentiellement. Elles ne sont pas destinées à soigner les personnes, mais à compenser un handicap ou une perte d'autonomie.
- [371] Quand les aides techniques sont des dispositifs médicaux destinés à soigner des personnes (oxygénothérapie par exemple), à leur implanter des prothèses, elles sont dispositif médical et pas aide technique. Pourtant, même quand il s'agit de dispositifs médicaux aides techniques, le recours à un médecin pour la prescription est nécessaire de par la loi.
- [372] Or les médecins, s'ils peuvent certifier l'état de déficience, ne sont pas formés ni informés quant à la nécessité et la possibilité d'une aide technique précise. Ainsi des médecins ORL qui prescriront un « appareillage d'une ou deux oreilles » en constatant la déficience, des médecins généralistes qui prescrivent un fauteuil roulant, un lit médicalisé, un élévateur etc. sans définir précisément les différents modules du fauteuil ou le modèle du lit, selon l'aménagement de la chambre dans lequel il doit être utilisé, le profil de la personne, des aidants etc.
- [373] Enfin, l'intervention d'un médecin est par définition d'un prix plus élevé que celle de professionnels paramédicaux et il n'apparaît pas utile que les médecins soient formés de manière continue à la connaissance des aides techniques nécessaires, suffisantes et utiles à leurs patients.

3.2.2. Le spectre social l'emporte trop souvent dans la prescription des aides aux personnes âgées

- [374] Les politiques sociales en France se sont construites au fil des années sur l'idée que tout problème « social » était aussi un problème socio-économique. Dès lors l'inclusion dans une catégorie de politique sociale pouvant ouvrir des droits, au titre de la compensation du handicap, de l'aide à l'autonomie requiert l'intervention d'un professionnel du travail social, le plus souvent d'ailleurs le plus éloigné du secteur médico-social, l'assistant de service social.
- [375] Cette composante est particulièrement forte dans le secteur des personnes âgées, dans lequel les équipes dites médico-techniques ou pluri-professionnelles sont le plus souvent composées d'un travailleur social et d'un agent administratif, et référées quand cela semble nécessaire à un médecin ou une infirmière.
- [376] Il arrive que les ergothérapeutes interviennent pour effectuer le diagnostic des besoins, mais essentiellement dans le secteur du handicap quand il apparaît nécessaire d'effectuer des aménagements de logements. Leur présence est beaucoup plus rare dans les équipes APA, alors même que la préconisation d'aides techniques susceptibles d'améliorer l'autonomie des personnes ou de prévenir la dépendance ressortit plus d'une approche technique que d'une approche socio-économique ou d'accompagnement psycho-social. Seuls deux départements, le Doubs et le Bas Rhin, ont mutualisé leurs équipes médico-sociales PCH et APA⁹⁴.

3.2.3. Des professionnels spécialisés : les ergothérapeutes

- [377] Les ergothérapeutes sont des professionnels du champ sanitaire dont le nombre a progressivement augmenté depuis soixante ans. Actuellement ils sont près de 800095.
- [378] Leur répartition selon le mode d'exercice est le suivant :

⁹⁴ Données fournies par le CNSA.

⁹⁵ 8079 au 01/01/2012, soit 13 pour 100 000 habitants : en comparaison les masseurs kinésithérapeutes sont 116 pour 100 000, les psychomotriciens 13 également.

Tableau 8 : Répartition des ergothérapeutes selon les secteurs

Secteur d'activité	Estimation du nombre d'ergothérapeutes en 2012
Rééducation et réadaptation de l'adulte en établissement	18%
Gériatrie	22%
Pédiatrie	14%
Psychiatrie	14%
Services de soins à domicile	6%
Structures médico-sociales	5%
Management, direction de structures	4%
Libéral	6%
MDPH	1,5%
Commerce aides techniques	1,5%

Source : *Estimation ANFE (association nationale française des ergothérapeutes)*

- [379] On constate la forte implantation des ergothérapeutes en établissement pour personnes handicapées ou soins de rééducation et réadaptation et leur faible présence dans les structures œuvrant pour des préconisations d'aides techniques, d'aides humaines, d'aménagements des lieux de vie et des modes de vie à domicile des personnes.
- [380] 1,5% des ergothérapeutes, c'est-à-dire environ 120 d'entre eux travaillent en MDPH, soit à peine plus d'une poste par département⁹⁶. Il faut bien sûr corriger cette estimation par la pratique relevée dans les trois départements visités par la mission, dans lesquels une partie du travail de diagnostic des besoins en aide technique était effectuée par des ergothérapeutes travaillant dans des structures médico-sociales conventionnées avec le département. Ces prestations étaient d'ailleurs d'un coût très élevé, 450 € en Corse, 350€ et plus dans la Marne.
- [381] Sachant de plus qu'une partie du travail des ergothérapeutes est consacrée au calcul de la contribution de la PCH au financement des aides techniques (l'aide est-elle inscrite sur la LPP, a-t-elle un code LPP sur l'arrêté PCH ou un code Iso 9999, le montant en est-il supérieur ou non à 3000€, la personne a-t-elle déjà bénéficié d'aides techniques pendant les trois dernières années, le montant cumulé a-t-il dépassé 3960€ etc.), on conçoit que leur temps d'intervention utile soit si réduit que l'attente de leur intervention soit une des principales causes de l'importance des délais d'attribution de la PCH.
- [382] Bien évidemment la profession d'ergothérapeutes comme tout jeune profession a tendance à solliciter une intervention de plus en plus importante et à produire des études tendant à prouver l'intérêt de leur intervention. On renvoie là à l'abondante littérature produite par l'ANFE dans le cadre des diverses consultations et groupes de travail sur la compensation et l'autonomie. Dans ce cadre, les ergothérapeutes plaident pour la reconnaissance de leur droit à prescription des aides techniques. Ils demandent « afin d'assurer une évaluation de qualité, de garantir le bon usage des financements dévolus aux aides techniques, de raccourcir les délais d'attente et d'assurer leur bon usage :
- que leur soit donnée l'autorisation de prescrire certaines aides techniques dont les véhicules pour personnes handicapées ;
 - que soient financés les actes d'évaluation, de préconisation et de prescription en institution comme en pratique libérale. »

⁹⁶ Certains départements ayant plusieurs ergothérapeutes, comme par exemple le Val de Marne qui en a trois, cela signifie que d'autres n'en ont pas.

- [383] La mission n'a pas pu mener à bien toutes les investigations permettant d'évaluer la pertinence de l'intégralité de ces demandes. Elle fait remarquer néanmoins que :
- Des organismes de protection complémentaire privés financent déjà des prestations d'ergothérapeutes à domicile, notamment pour la prescription d'aides techniques visant à prévenir la perte d'autonomie. Or ces organismes ont intérêt à retarder la perte d'autonomie et cette dépense leur paraît sans doute justifiée.
 - L'utilisation d'ergothérapeutes comme prescripteurs d'aides techniques ne nécessitant pas une implantation médicale, mais un apprentissage d'utilisation ergothérapeutique est courante dans les pays nordiques qui ont développé bien plus que la France la diffusion des aides techniques, notamment en prévention de la dépendance.
 - L'aménagement du domicile et l'adaptation des aides techniques à la configuration du domicile constituent un élément essentiel d'une politique de maintien à domicile des personnes âgées ;
 - Les ergothérapeutes, présents dans les services de soins de suite et de rééducation comme dans les services de gériatrie et dans les établissements médico-sociaux sont plus à même de conseiller les personnes pour un retour sécurisé à domicile, mais aussi les gestionnaires d'établissements dans l'équipement des lieux de vie collectifs des personnes âgées. Or entrent en EHPAD des personnes qui ont auparavant été vues à leur domicile par des ergothérapeutes qui ont conseillé l'aménagement de leur domicile : les aides techniques transférables pourraient utilement être apportées en EHPAD, ces établissements étant souvent à court de budget pour acquérir des matériels individualisés pour les nouveaux résidents.
 - Enfin, l'établissement du plan d'aide comme celui du plan de compensation ne nécessitent que la visite d'un professionnel de type ergothérapeute et non pas d'un binôme travailleur social et agent administratif. En effet, l'instruction du financement du plan d'aide ou de compensation serait mieux faite par un agent administratif et la connaissance d'aides financières supplémentaires ne nécessite pas la visite à domicile. L'engagement systématique d'ergothérapeutes pouvant effectuer un diagnostic des besoins en aides techniques et humaines des personnes dépendantes ou handicapées devrait s'avérer à la fois plus performant et moins coûteux à terme que le financement des actuelles équipes techniques APA.

3.3. Encadrer les liens entre prescripteurs-préconisateurs et distributeurs afin d'éviter les conflits d'intérêt

- [384] Dans l'annexe consacrée aux prothèses auditives, la question de l'indépendance des audioprothésistes, préconisateurs et vendeurs est largement discutée et il est avéré qu'ils ont un intérêt économique certain à préconiser les audioprothèses sur lesquelles ils ont la marge brute la plus conséquente, ce qui pousse le marché vers du moyen-haut de gamme plutôt que vers de l'entrée de gamme.
- [385] Actuellement les ergothérapeutes sont pour une part très minoritaire d'entre eux employés par des distributeurs de matériels d'aides techniques. Quand cela est le cas, certains sont payés à la commission, d'autres ont un salaire fixe sans commission. Quoiqu'il en soit, si les ergothérapeutes devaient se voir reconnaître une compétence de prescription d'aides techniques, ce serait à condition qu'ils n'aient pas de lien de subordination avec des distributeurs, voire qu'ils n'en aient pas eu pendant une période donnée. Elaborer une charte de déontologie encadrant la pratique des ergothérapeutes et garantissant leur indépendance à l'égard des distributeurs et des fabricants paraît essentielle.

[386] D'autre part, les diagnostics étant faits en général pour des institutions finançant ou participant au financement des aides techniques et humaines prescrites, il paraît préférable que les ergothérapeutes soient salariés (éventuellement à temps partiel) de ces institutions plutôt que d'exercer une activité libérale. En tout cas, il n'est pas nécessaire d'introduire un acte d'ergothérapie libérale dans la nomenclature de l'assurance maladie, les assurés ne recourant que rarement de leur propre chef à ces prestations.

3.4. Un manque de référentiels d'aide à la prescription-préconisation et à son contrôle

3.4.1. Les prescripteurs et préconisateurs disposent de peu de référentiels ou d'outils d'aide à la décision

[387] Il n'existe pas d'outils d'aide à la décision permettant de corréler la nature et la gravité de l'incapacité et le niveau et le type d'aide technique nécessaire. Cette tâche est pourtant faisable dans beaucoup de cas et ressortit du savoir-faire des professionnels : les kinésithérapeutes, mais aussi les ergothérapeutes savent quel type de fauteuil proposer selon le type de paraplégie, tétraplégie ou autre incapacité des membres inférieurs ou supérieurs, la tonicité ou non de la personne, sa morphologie, ses capacités restantes, son projet de vie. Les audioprothésistes savent quelles sont les fonctions d'une prothèse qui pourront améliorer l'amplification et donc la compréhension des personnes déficientes auditives selon le type de déficience (les fréquences entendues selon le nombre de décibels) et le mode de vie et de relation de la personne.

[388] Si donc la Haute autorité de santé (H.A.S.) n'a pas réussi à établir un référentiel corrélant pertes auditives et préconisations de prothèses, c'est peut être parce qu'elle n'a pas effectué de travaux sur les pratiques étrangères, notamment européennes. Un travail effectué avec les fabricants (et leurs professionnels de recherche et développement) et les audioprothésistes en collaboration avec des orthophonistes et des médecins spécialistes de la déficience auditive devraient permettre de spécifier les grandes fonctions des audioprothèses en fonction des types de déficience, ceci à destination de la profession, mais aussi des financeurs publics (cf. annexe sur prothèses auditives).

[389] S'agissant des fauteuils, un travail de référencement est en cours qui associe la DSS, la HAS et la CNSA. La question sera sans doute celui de sa diffusion pédagogique aux prescripteurs préconisateurs locaux et à leurs financeurs. Des dispositifs de téléconseil devraient être mis à disposition des préconisateurs d'aides techniques, permettant un travail en réseau et en échange de savoir entre professionnels.

[390] Il serait dès lors souhaitable de créer un référent aides techniques dans chaque équipe médico sociale et d'organiser ces référents en un réseau animé par la CNSA chargé de tenir un référentiel des principales aides techniques utilisées.

3.4.2. Les informations « mises sur le marché » sont-elles à même d'informer suffisamment prescripteurs et préconisateurs ?

[391] Les ergothérapeutes rencontrés, notamment dans la Marne et en Val de Marne font un gros effort d'information : grâce au salon Autonomic, qui se tient régionalement tous les deux ans, grâce aux publications professionnelles. Dans l'ensemble, les départements regrettent l'arrêt de l'expérience des CICAT régionaux ou interrégionaux qui leur permettaient de bien s'informer. Il serait cependant intéressant d'explorer l'apport des nouvelles technologies d'information pour la mise à jour des connaissances techniques de diagnostic et pratiques sur les aides existantes et leurs progrès.

[392] Certaines associations de personnes handicapées informent leurs usagers. Ainsi l'APF, qui, grâce aux importants moyens dont elle dispose, peut innover les différentes associations départementales. Si cette information sur « ce qu'il y a de mieux et de plus récent » est de qualité, elle ne permet cependant pas de s'assurer que chaque personne dispose de l'offre nécessaire et suffisante, dans un respect nécessaire de l'économie publique. Seuls des experts plus indépendants par rapport aux usagers et aux distributeurs peuvent assurer un tel challenge.

[393] Les personnes âgées ne disposent pas d'associations de ce type et en général de lieux réels ou virtuels d'informations sur leurs droits, sur les aides existantes et les moyens d'y accéder. L'expérience tentée par la CNSA de créer des plateformes régionales d'informations et de conseil sur les aides techniques (PRICAT) n'a pas été jugée satisfaisante et n'a pas été poursuivie. Le portail Internet de création d'une base de données multi partenariales sur les aides techniques a été interrompu faute de parvenir à une harmonisation suffisante des données entre les acteurs privés investis dans le projet. Un tel portail mériterait d'être directement porté par une instance publique comme la CNSA.

3.4.3. La publicité peut conduire à des achats inutiles et onéreux

[394] La comparaison entre le prix des audioprothèses proposées par les grandes enseignes cotées en bourse qui font beaucoup de publicité chère (notamment à la télévision) et celui proposé, pour des appareils de même marque par d'autres audioprothésistes indépendants ou travaillant dans un réseau ne faisant pas de publicité induit le soupçon d'un surcoût dû à la publicité. Celle-ci devrait d'ailleurs être interdite et cette interdiction rappelée, s'agissant de produits remboursés pour large part par la sécurité sociale. D'autant que ces mêmes enseignes, comme d'autres aussi, n'hésitent pas à faire de ce remboursement un argument de vente.

[395] La publicité ou le démarchage peuvent aussi conduire à des achats mal adaptés. En effet, les personnes, notamment âgées, se voient proposer, dans leurs revues, à la télévision aux heures d'écoute de « la ménagère de cinquante ans », voire par des démarchages à domicile des aides techniques absurdes : un monteur d'escalier inutilisable dans leur cage, un fauteuil de douche sans accoudoirs et dangereux vu leur état, des prothèses « invisibles », mais non adaptées à l'évolution de leur surdité etc.

[396] Il est difficile d'encadrer de telles pratiques d'annonces quand les produits ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, mais il pourrait être dit qu'aucune aide technique bénéficiant d'un financement public ou mutualisé ne peut faire l'objet d'une publicité.

3.4.4. Le contrôle de l'utilisation réelle des aides techniques doit conduire à améliorer les préconisations ultérieures

[397] Si les personnes handicapées, notamment jeunes, utilisent effectivement les aides techniques auxquelles elles ont accès, il n'en est pas de même des personnes âgées. Ces affirmations ne sont documentées par aucune étude, mais plutôt par une opinion générale faisant état des prothèses auditives laissées dans le tiroir, des fauteuils roulants entreposés au garage, des téléalarmes que les personnes ne portent pas sur elles, en tout cas le jour où elles chutent ou ont un malaise.

[398] Le contrôle de l'effectivité, automatique en matière de PCH comme d'APA se cantonne au contrôle de l'achat. Si pour certaines aides techniques on peut aisément imaginer que l'achat emporte l'utilisation, en tout cas avant un nouvel achat (les protections pour incontinence par exemple, les fauteuils percés...) il n'en est pas de même d'autres matériels.

[399] La visite post acquisition permettant au personnel technique de s'assurer que la personne utilise l'aide acquise et l'utilise bien (sans risque) aurait plusieurs conséquences bénéfiques :

- éviter les demandes de nouvelles acquisitions intempestives ;
- permettre par la formation de la personne et des aidants à l'utilisation de l'aide de concrétiser le gain d'autonomie ;

- éventuellement récupérer des aides inadaptées ou devenues très rapidement inadaptées car la dépendance de la personne s'est aggravée et soit les réaffecter à d'autres usagers, soit les affecter à des EHPAD, eux aussi financés par le département et chargés de vérifier leur bon état avant usage pour les résidents ;
- Constituer un référentiel de prescription préconisation provenant qui pourrait d'ailleurs être échangé par le biais d'un organisme national (CNSA, CNAM) avec d'autres départements ;
- Contribuer par des études de cas à la formation des ergothérapeutes et autres préconisateurs d'aides techniques.

[400] Il serait donc souhaitable de confier aux équipes techniques la responsabilité d'une visite de suivi à domicile quelques temps après l'acquisition d'une aide technique élaborée par un usager pour vérifier l'utilisation effective et correcte des aides et apporter d'éventuels correctifs (apprentissage à l'utilisation, reprise de l'aide qui s'avère inutile et recyclage en établissement collectif).

4. UN PROCESSUS DE PRESCRIPTION PRECONISATION A REORGANISER

4.1. *L'efficacité de l'aide technique est liée à la rapidité de sa mise à disposition*

[401] La mission estime que le délai d'obtention de l'aide technique nécessaire doit être le plus court possible, s'agissant de la compensation du handicap ou de la perte d'autonomie.

[402] En effet, ceci est nécessaire pour que les personnes n'aggravent pas leur incapacité ou leur perte d'autonomie. Ainsi les personnes malentendantes appareillées trop tardivement ou avec un appareil inadapté voient décroître leurs capacités cérébrales de traduction des sons amplifiés. Les personnes ne disposant pas d'un fauteuil roulant leur permettant d'exercer peuvent développer rapidement maladies cardiovasculaires et surpoids. Sans parler bien sûr des aides de type anti-escarres, aides aux actes de la vie courante pour prévenir les chutes, pour pouvoir manger etc. L'aide technique n'est pas un bien de consommation sur lequel il faudrait restreindre les personnes, mais une aide visant à compenser et aussi à prévenir une perte d'autonomie.

[403] La mission a fait décomposer en plusieurs temps la procédure d'accès à une aide technique par le biais de la PCH ou de l'APA. Dans la Marne et dans le Val de Marne, plus de huit mois⁹⁷ sont passés avant même que, hormis les dossiers urgents préparés par les centres de rééducation pour le retour à domicile des personnes hospitalisées, le préconisateur puisse intervenir, c'est-à-dire aller voir la personne et spécifier le type et les caractéristiques spécifiques de l'aide nécessaire. Il arrive que des usagers se lassent d'attendre et préfèrent se faire conseiller par un vendeur. Il arrive aussi que celui-ci ne soit pas compétent ou leur conseille une acquisition inutile, inadaptée ou trop onéreuse pour l'amélioration qu'elle apporte.

[404] En Corse, il n'y a pas de délais longs, les préconisations étant toutes assurées par des prestataires, rémunérés à l'acte ou forfaitairement par la MDPH ou le département et disposant d'assez de professionnels. S'agissant des audioprothèses, dans ce département le distributeur effectue tout à la fois le plan de financement, la proposition de choix d'appareil (sans différence de prix notable entre différents types), si bien que le dossier est vite réglé. De plus la PCH prenant dans ce département entièrement en charge les audioprothèses des personnes de moins de soixante ans, quel que soit d'ailleurs leur degré de surdité, les contrôles effectués par la MDPH sont succincts et ne retardent pas l'acquisition des appareils.

⁹⁷ Données d'entretien.

- [405] Dans certains départements, il apparaît que la MDPH refuserait que les personnes fassent l'avance des frais et acquièrent leur matériel avant que la CDAPH ne se soit prononcée. Dans la Marne et le Val de Marne, hormis la question du choix de matériel inadéquat, il suffit d'avoir déposé un formulaire de demande de PCH et une prescription (une ordonnance) médicale pour que l'aide technique soit prise en charge ex post, sauf si les ergothérapeutes estiment que la préconisation était inadaptée à l'état de la personne. Quoique le système de l'avance de frais ne soit pas égalitaire, toutes les personnes ne pouvant pas le faire, la mission estime qu'elle devrait être possible dans tous les cas, la personne étant prévenue sur l'accusé de réception de son dossier que cette acquisition avant instruction est faite à ses risques et périls, la CDAPH pouvant ne pas estimer l'aide technique nécessaire ou la personne éligible à la PCH.
- [406] S'agissant des personnes âgées, dans la plupart des cas, le délai entre la prescription (par le médecin) et l'instruction par l'équipe médicotechnique pour l'introduction dans le plan d'aide APA est beaucoup plus court. Dans le Val de Marne, les cas de retour à domicile pour fin de vie sont traités très rapidement (dans les 48 heures). En Corse, il est très rare que les personnes âgées demandent des aides techniques autres que celles de la LPPR et bien remboursées : lit médicalisé loué par exemple.

4.2. Pourtant le délai entre prescription et présentation du dossier en commission pourrait être raccourci

- [407] Il pourrait être raccourci si l'essentiel du temps des préconisateurs, les ergothérapeutes notamment, était alloué au conseil et non pas au calcul des différents plafonds de la PCH et au montage des plans de financement avec d'autres financeurs. Bien sûr, il est nécessaire que les ergothérapeutes écrivent un compte rendu motivant leur préconisation, mais celui-ci devrait être succinct et ne pas interférer avec la recherche des financements. Dans la Marne, les ergothérapeutes, trois à plein temps, effectuent entre 6 et 9 visites par semaine de travail, soit deux à trois jours sur cinq travaillés. Le travail administratif représente donc la moitié de leur temps, alors qu'un équipement en portables leur permettrait d'établir sur place leur compte rendu, de le faire signer immédiatement et de le transmettre. Une simplification du mode de financement avec l'intervention d'un seul financeur appliquant un tarif plafond unique et raisonnable rendrait aussi l'instruction de la préconisation bien plus simple.
- [408] Et ceci tant pour les personnes handicapées que pour les personnes âgées. S'agissant en effet de celles-ci, on voit que l'utilisation d'un système simple de financement, par exemple des tickets d'achat à présenter à n'importe quel fournisseur, mais d'un montant plafond pour l'acquisition de protections périodiques permet une instruction très rapide de ce besoin. Les personnes sont incontinentes ou non, de jour, de nuit et on inscrit, dans leur plan d'aide une somme mensuelle, allouée en chèque service. A leur libre choix d'acquérir des produits à prix unitaire élevé ou moins élevé, le service étant plafonné. La fixation de prix plafonds pour nombre d'aides techniques simples permettrait de raccourcir notablement les délais d'instruction et de les mettre à disposition des personnes quand elles en ont besoin.

4.3. Le travail en équipe pluriprofessionnelle n'implique pas que celle-ci doive être réunie pour décider

- [409] Une décision d'attribution d'aide technique comporte une phase d'évaluation de la déficience ou de la perte d'autonomie qui peut s'accompagner immédiatement de la prescription et de la préconisation des aides techniques (et humaines) correspondantes. C'est le travail éventuellement du médecin traitant et de l'ergothérapeute le plus souvent. (éventuellement d'un infirmier s'il s'agit de soins).

- [410] L'instruction des financements publics qui peuvent être mobilisés pour l'acquisition de l'aide ne relève pas de ce travail technique. La visite de l'ergothérapeute devrait se conclure par l'établissement d'un plan d'aide ou de compensation « idéal », qui serait communiqué à la personne en même temps que lui serait signifié sa part finançable. Ceci permettrait aux personnes d'effectuer un choix, mais aussi de bénéficier de préconisations en matière d'aides techniques qu'elles pourraient acquérir sur leur budget propre ou grâce à un financement familial.
- [411] Le plan de financement peut quant à lui être élaboré sans visite à domicile, à partir du dossier administratif des personnes. Les départements (y compris les MDPH) disposant d'ergothérapeutes en nombre restreint et de médecins peu nombreux ne devraient pas les affecter à ces tâches administratives, qui relèvent de la compétence d'un agent administratif formé à la mécanique un peu compliquée, mais relativement facile à mettre en exécution une fois l'automatisme acquis.
- [412] Enfin, les travailleurs sociaux, hormis les conseillères en économie sociale et familiale peu présentes dans les services départementaux, ne sont formés ni à la préconisation d'aides techniques, ni à l'instruction financière et administrative des dossiers. Ils devraient être affectés quant à eux en priorité aux fonctions propres aux travailleurs sociaux, notamment l'insertion des personnes, l'étayage du lien social, l'aide aux personnes handicapées et âgées à participer à la vie sociale.
- [413] Une remise à plat des processus de décision d'octroi des aides techniques et la définition précise des fonctions de chacun dans ce processus devrait permettre d'améliorer la qualité et la rapidité des prescriptions.

5. BIEN PRESCRIRE POUR MIEUX ET MOINS DEPENSER

- [414] La phase de prescription préconisation des aides techniques est cruciale pour que l'aide soit bien adaptée à la personne, nécessaire sans être munie de fonctions qui n'accroissent pas réellement l'autonomie de la personne, essayée et utilisée.
- [415] L'intervention des professionnels les plus compétents dans le diagnostic des gestes de la vie courante et la correction des déficiences dues à l'âge et au handicap paraît nécessaire pour éviter que les distributeurs ne vendent des aides trop sophistiquées et trop chères en se basant sur une prescription médicale nécessairement réduite au constat de la déficience et au besoin de l'aide.
- [416] C'est pourquoi il apparaît à la mission nécessaire de développer la place des ergothérapeutes dans la prescription préconisation des aides techniques tant pour les personnes handicapées (120 ergothérapeutes travaillent en MDPH, ce qui est peu) que pour les personnes âgées. Pour celles-ci, il apparaît à la mission que la prescription ne ressortit ni d'une compétence médicale ni d'une compétence sociale et administrative et que donc l'équipe technique devrait rassembler le diagnostic effectué après visite à domicile d'un ergothérapeute, l'instruction administrative effectuée par un agent administratif, sur pièces, et l'éventuelle instruction de besoins sociaux, relationnels ou économiques, effectuée par un travailleur social.
- [417] De manière générale, les délais de prescription préconisation des aides techniques ralentissent l'attribution de ces aides, essentiellement parce que les professionnels compétents pour établir la préconisation et la prescription sont aussi occupés par l'instruction administrative des dossiers. Les professionnels spécialisés devraient établir plans d'aide et plans de compensation sous l'angle de la juste et suffisante attribution d'aides pour compenser le handicap et améliorer l'autonomie des personnes, laissant ensuite l'instruction administrative aux personnels et logiciels spécialisés.
- [418] Ce rôle plus important des professionnels, (ergothérapeutes pour l'ensemble des aides techniques à la vie courante, kinésithérapeutes pour la préconisation de certaines aides techniques à la mobilité, audioprothésistes pour la préconisation des prothèses auditives, infirmiers pour la prescription des soins infirmiers) ne pourra être développé qu'à condition de prévenir les conflits d'intérêt entre les fonctions de vendeurs et de préconisateurs.
- [419] Plusieurs procédés permettront d'y parvenir :

- Soit en instituant un contrôle des préconisations des professionnels vendeurs par des techniciens formés appartenant à l'organisme financeur (voir annexe audioprothèses),
- Soit en instituant par une charte de déontologie de valeur réglementaire l'impossibilité pour les ergothérapeutes d'être ou d'avoir été dans les années précédant leur fonction de prescripteur, dans un lien de subordination ou de conseil de distributeurs d'aides techniques.

[420] Enfin, il apparaît nécessaire que ces professionnels de la prescription participent à la mise en commun de références établies à partir des cas de diagnostic et de contrôle de l'effectivité de l'utilisation des aides techniques. Ceci afin d'échanger les savoirs et les informations pour que la prescription, en collant au mieux aux besoins des usagers, ait aussi pour conséquence une meilleure maîtrise des financements publics.

Annexe 5 :

Occultée (article 6 III Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978)

Annexe 6 : données d'ensemble sur l'APA, la PCH et l'ACTP

Volume de dépenses et nombre de bénéficiaires pour la PCH, l'ACTP et l'APA en 2011

2011	Dépenses (en milliards d'euros)	Nombre de bénéficiaires
PCH adulte	1,119	164 084
PCH enfant	0,123	
ACTP	0,527	88 470
APA à domicile	3,256	1 207 377*
APA en établissement	2,008	

Source : CNSA

Lecture : La dépense ACTP s'élève à 123 millions d'euros et concernent 88470 bénéficiaires en 2011.

* : bénéficiaires d'un paiement en décembre.

Répartition (en %) des personnes de 60 ans et plus par estimation-GIR

	Estimation-GIR						Total
	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6	
Personnes vivant en logement ordinaire	0%	1%	2%	4%	4%	89%	100%

Note de lecture : 2% personnes vivant à domicile ont un GIR estimé à 3.

Champ : personnes de 60 ans et plus – France entière

Sources : enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM 2008) – INSEE / calculs DREES données pondérées.