



N° 1994

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2009.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2010* (n° 1976)

TOME V

MÉDICO-SOCIAL

PAR MME ISABELLE VASSEUR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL A CONNU D'IMPORTANTES RÉFORMES EN 2009	9
A. LES RÉFORMES DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009.....	9
1. La tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux.....	9
2. L'intégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).....	10
B. LES RÉFORMES DE LA LOI DITE « HPST ».....	12
1. L'intégration du médico-social dans les agences régionales de santé.....	12
2. La mise en place d'un dispositif d'appel à projets.....	13
II.- LE FINANCEMENT DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN 2010	15
A. LE BUDGET DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE.....	15
1. L'ONDAM médico-social.....	15
2. Des ressources propres de la CNSA affectées par la crise.....	17
3. Le montant d'objectif global de dépenses.....	18
4. La diminution des excédents.....	19
B. LA BAISSÉ RELATIVE DES CONTRIBUTIONS AUX DÉPARTEMENTS.....	21
1. Le financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie.....	21
a) <i>L'APA : une dépense toujours dynamique</i>	22
b) <i>La contribution de la CNSA</i>	23
2. La prestation de compensation du handicap (PCH).....	25
a) <i>Dynamique de la PCH</i>	25
b) <i>La contribution de la CNSA</i>	26
3. Le financement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).....	27
C. LA POURSUITE DES OBJECTIFS GOUVERNEMENTAUX.....	27
1. Les personnes âgées.....	27
a) <i>Le plan Solidarité-grand âge (2007-2012)</i>	27

<i>b) Le plan Alzheimer 2008-2012</i>	28
<i>c) Les créations de place</i>	29
<i>d) Les objectifs pour 2010</i>	30
2. Les personnes handicapées	31
<i>a) Le plan handicap</i>	31
<i>b) Les créations de place depuis 2004</i>	31
<i>c) Les prévisions pour 2010</i>	32
CONCLUSION : QUELLES PERSPECTIVES POUR LE 5^E RISQUE ?	33
ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES AU MÉDICO-SOCIAL	35
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010	35
<i>Section 4 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</i>	35
<i>Article 33 : Frais de transport des personnes handicapées</i>	35
<i>Article additionnel après l'article 33 : Analyse des coûts des établissements sociaux et médico-sociaux par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	40
<i>Article additionnel après l'article 33 : Possibilité pour un groupement de coopération social et médico-social de gérer une pharmacie à usage interne</i>	41
<i>Après l'article 33</i>	41
<i>Article additionnel après l'article 33 : Gestion de la trésorerie des établissements du secteur social et médico-social</i>	42
<i>Après l'article 33</i>	42
<i>Article additionnel après l'article 33 : Prise en compte des spécificités d'entrée en vigueur des accords d'entreprise et des plans d'action dans les établissements sociaux et médico-sociaux, s'agissant de la pénalité relative à l'emploi des seniors</i>	42
<i>Article additionnel après l'article 33 : Encadrement des procédures de conventionnement avec les professionnels de santé</i>	43
<i>Après l'article 33</i>	43
<i>Article additionnel après l'article 33 : Extinction du financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	44
<i>Article additionnel après l'article 33 : Sécurisation de la convention collective nationale des établissements privés de soins, de cure et de garde à but non lucratif</i>	45
<i>Article additionnel après l'article 33 : Rapport sur la formation des personnels travaillant en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes</i>	45
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	47

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 5**, **7**, **9 à 27** et **48 à 54** figurent dans le rapport de M. Yves Bur, sur les recettes et l'équilibre général (n° 1994, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **6**, **28 à 32**, **34 à 37** et **42 à 45** figurent dans le rapport de M. Jean-Pierre Door, sur l'assurance maladie et les accidents du travail (n° 1994, tome II).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **38 à 41** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur l'assurance vieillesse (n° 1994, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **46** et **47** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 1994, tome IV).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 1994, tome VI.

INTRODUCTION

Pour la première fois, la commission des affaires sociales consacre un rapport spécifique au secteur médico-social dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il s'agit d'une innovation très importante et votre rapporteur est particulièrement honoré d'être le premier à s'exprimer sur ce sujet essentiel.

Cette innovation est devenue indispensable compte tenu de l'importance grandissante que prend le secteur médico-social dans notre système de protection sociale. En outre, pour le Gouvernement et la majorité, les personnes âgées et les personnes handicapées constituent une priorité politique depuis de nombreuses années : mise en place de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), instauration de la contribution solidarité autonomie, création de la prestation de compensation du handicap (PCH), plan Solidarité-Grand âge, plan Alzheimer, plan Handicap annoncé par le Président de la République en juin 2008... Tels sont les nombreux actes du Gouvernement en ce domaine.

Et cela se traduit en loi de financement de la sécurité sociale par l'augmentation régulière et soutenue des dépenses d'assurance-maladie consacrées aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Entre 2000 et 2008, l'ensemble des dépenses sous ONDAM ont augmenté de 48,3 %, alors même que les dépenses du champ de l'ONDAM médico-social ont-elles augmenté de 81,4 %. Cette augmentation se poursuit cette année, puisque l'ONDAM médico-social progresse de 5,8 %.

Pour autant, la place du secteur médico-social dans la loi de financement de la sécurité sociale est encore incertaine : d'une part, la CNSA n'est pas dans le champ des lois de financement, mais le Parlement vote un ONDAM médico-social qui représente 80 % de ses recettes et, d'autre part, des mesures concernant le secteur figurent régulièrement dans la loi de financement de la sécurité sociale. Votre rapporteur souhaite que le projet de loi à venir sur le 5^e risque traite de façon définitive ce problème institutionnel et que le Parlement dispose d'un véritable pouvoir d'autorisation budgétaire en ce domaine.

Ce premier rapport constitue donc un premier pas, un socle qui doit permettre, petit à petit, d'améliorer l'information du Parlement sur le secteur médico-social.

Votre rapporteur a d'abord souhaité faire le point sur les nombreuses réformes qui sont intervenues dans le secteur médico-social avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST » ; elle a ensuite analysé le financement du secteur prévu pour l'année 2010 et en particulier le budget de la CNSA ; elle a enfin procédé à l'analyse de

l'article 33 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui constitue une véritable avancée dans la prise en charge des frais de transport des personnes handicapées.

I. LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL A CONNU D'IMPORTANTES RÉFORMES EN 2009

Secteur en perpétuelle mutation, le secteur médico-social a connu en 2009 des réformes fondamentales, d'abord par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 puis par la loi dite « HPST ».

A. LES RÉFORMES DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009

1. La tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux

L'article 63 avait pour objet de poursuivre le processus de convergence tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux et de mettre en place dans certains établissements une tarification à la ressource.

Dans ce cadre, le I de l'article a autorisé les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget à fixer les règles de convergence tarifaire s'appliquant aux établissements et services sociaux et médico-sociaux dépassant leurs tarifs plafonds, afin de ramener les tarifs pratiqués à ces plafonds. C'est ce qu'a fait l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles. Elles sont applicables aux établissements, mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code, ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité.

Le III de l'article a défini pour la première fois dans la partie législative du code de l'action sociale et des familles la structuration tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'article L. 314-2 du code a donc été entièrement réécrit et reprend la triple composante autrefois prévue par la partie réglementaire du code, et aménage la procédure applicable au tarif afférent aux soins.

Cette réécriture n'entrera en vigueur qu'à compter du 1^{er} janvier 2010. Elle laisse ainsi le temps au Gouvernement de mener à bien l'indispensable concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur médico-social, ainsi qu'avec les départements en vue de la rédaction d'un décret en Conseil d'État qui sera publié dans le courant du dernier trimestre 2009.

Il s'agit là d'une réforme fondamentale, qui doit se traduire par l'affectation au plus juste des ressources publiques et doit permettre de mettre en œuvre l'objectif de « *réduction des inégalités dans l'allocation de ressources* ».

entre établissements et services prenant en charge des populations comparables », inscrit à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles.

Cette réforme est très ambitieuse et le processus d'élaboration des décrets est long et complexe. Est-il trop complexe ? Certains interlocuteurs rencontrés par votre rapporteur estiment que les critères en passe d'être retenus pour l'affectation des ressources sont excessivement complexes, alors même que le principe est simple : le montant du forfait doit prendre en compte le niveau de dépendance moyen des résidents, qui est déterminé à partir du groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré de l'établissement comme cela est fait actuellement, ainsi que les « *besoins en soins médico-techniques des résidents* », évalués au moyen de l'outil logiciel Pathos qui détermine la charge de soins attachée à chaque résident.

Votre rapporteur souhaite que cette réforme essentielle soit menée à son terme dans la concertation et la transparence, en associant l'ensemble des acteurs du secteur.

2. L'intégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fait l'objet d'un long débat au Parlement et le Gouvernement a dû quelque peu revenir sur sa volonté de réintégrer purement et simplement des médicaments dans le tarif soins des EHPAD, quel que soit leur statut. Mais l'objectif du Gouvernement, partagé par l'Assemblée nationale, est toujours de parvenir à une meilleure maîtrise de la consommation médicamenteuse des résidents des EHPAD. La surconsommation observée dans toute la France est non seulement coûteuse pour l'assurance maladie mais elle provoque de fréquentes pathologies chez les personnes âgées, induisant des accidents iatrogènes mortels chez les personnes les plus faibles. Cette mortalité, ces états pathologiques iatrogènes et ces dépenses excessives peuvent être évités ou du moins fortement limités par une responsabilisation des acteurs sanitaires et des dirigeants des établissements.

Au final, l'article 64 prévoit la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur à compter du 1^{er} janvier 2011.

Avant la mise en place de cette mesure, une expérimentation dans ce domaine sera conduite et un bilan présenté au Parlement en octobre 2010. Cet article instaure également le principe d'un pharmacien d'officine référent pour l'établissement qui doit permettre d'améliorer le circuit du médicament et son bon usage au sein de l'établissement, en lien avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants.

Les ministres ont missionné M. Pierre-Jean Lancry, début 2009, afin de mettre en place les outils nécessaires au démarrage de cette expérimentation en

concertation avec les professionnels concernés. Le rapport a été remis aux ministres en août 2009.

Sur la base de ce rapport, une circulaire en date du 6 août 2009 a été adressée aux directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales pour leur expliquer le principe et déroulement de cette expérimentation, qui doit débiter d'ici la fin de l'année 2009. Le rapport préconise un échantillon de 360 EHPAD, répartis dans le territoire parmi des établissements ruraux ou urbains, publics ou non. Les directions départementales sont chargées de recenser les établissements volontaires. Une dotation leur sera versée sur la base des dépenses remboursées au cours du premier semestre 2009. Par ailleurs, la dotation inclura également la rémunération du pharmacien référent dans le cadre de ces nouvelles missions. Des indicateurs permettront le suivi des dépenses, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif, permettant ainsi de fournir un rapport au Parlement au 1^{er} octobre 2010.

Certains médicaments onéreux et rarement utilisés sont difficilement finançables par les forfaits de soins des EHPAD. L'article 64 prévoit qu'un arrêté fixe la liste des médicaments facturables en sus des forfaits de soins par les caisses d'assurance maladie. Un groupe de travail réunissant des médecins, des pharmaciens et des directeurs d'établissements a réfléchi aux critères permettant d'établir cette liste en vue de sa publication par arrêté. Cette disposition sera applicable aux EHPAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur ainsi qu'à compter du 1^{er} janvier 2011 à ceux qui n'en disposent pas et dont les dépenses de médicaments seront intégrées dans les forfaits de soins.

Enfin, l'article 64 a consacré le rôle central du médecin coordonnateur, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, en matière de bonne adaptation aux impératifs gériatriques de prescriptions de médicaments et de produits de santé. À cette fin, il élabore la liste des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent.

Pour autant, l'ensemble du secteur reconnaît les difficultés rencontrées par ce professionnel dont le rôle et les missions se heurtent à l'absence de levier concret pour permettre une véritable organisation des soins et une prise en charge de qualité en EHPAD. Deux groupes de travail ont été mis en place en avril 2009 à la demande de Mme Létard, alors secrétaire d'État chargée de la solidarité. Ces groupes de travail devront remettre leurs conclusions à Mme Berra, secrétaire d'État chargée des aînés, d'ici la fin 2009.

B. LES RÉFORMES DE LA LOI DITE « HPST »

Deuxième vague de réformes affectant le secteur médico-social, la loi dite « HPST » avec deux éléments essentiels : l'inclusion du secteur médico-social dans le champ des nouvelles agences régionales de santé et la mise en place d'un dispositif d'appel à projets.

1. L'intégration du médico-social dans les agences régionales de santé

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) au plus tard le 1^{er} juillet 2010, vise à instaurer, à l'échelon régional, un pilotage unifié et responsabilisé de notre système de santé, en rassemblant en une structure unique les forces de l'assurance maladie et de l'État, aujourd'hui dispersées en une multitude de services et organismes (directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, agences régionales de l'hospitalisation, union régionale des caisses d'assurance maladie, caisses régionales d'assurance maladie, missions régionales de santé,...).

Les ARS reposent sur une vision décloisonnée de la santé, avec la définition de leviers d'action devant leur permettre d'agir de façon globale sur notre système de santé, et le choix d'un périmètre large. Ainsi, elles seront en charge de l'organisation et du financement des soins dans ses différentes composantes (soins de ville, soins hospitaliers), de la politique de santé publique dans toutes ses dimensions, mais aussi des accompagnements et prises en charge médico-sociales en faveur des personnes âgées et handicapées.

Auparavant, le cloisonnement des autorités responsables (agences régionales de l'hospitalisation pour l'hospitalier, directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales et conseils généraux pour le médico-social) a souvent empêché de mettre en œuvre une planification et une programmation articulées de l'offre sanitaire et médico-sociale. La création des ARS est une opportunité unique de décloisonner les secteurs sanitaires et médico-sociaux, tant en matière de planification et de programmation de l'offre de soins que de gestion du risque, ou encore de dialogue avec les professionnels de santé.

Par ailleurs, la planification d'établissements et services médico-sociaux ne fait pas aujourd'hui l'objet d'une approche commune avec la planification hospitalière. La création des ARS devrait permettre d'apporter une réponse à ces enjeux. À travers le plan stratégique régional de santé, les exercices de planification en matière hospitalière, ambulatoire et médico-sociale devront faire l'objet d'une approche commune, centrée sur les besoins des personnes et leurs problèmes de santé identifiés à partir d'approches territoriales. Le schéma régional de l'organisation médico-sociale en déclinera les orientations et objectifs pour le secteur médico-social.

Des inquiétudes à l'égard des ARS se sont manifestées dans le secteur médico-social à l'occasion du débat parlementaire : crainte d'un secteur médico-social, « parent pauvre » au sein de celle-ci face au poids du « sanitaire » ; crainte d'une dilution des acquis du secteur médico-social, comme la prise en charge globale et personnalisée ou la place privilégiée des usagers et associations dans ce secteur.

Au final, la loi adoptée par le Parlement a permis de répondre à l'essentiel de ces interrogations en prévoyant une très forte intégration du médico-social dans le pilotage des ARS :

- des représentants des usagers (dont du secteur médico-social) au sein du conseil de surveillance ;

- une place à part entière au sein de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, refondée et élargie à l'ensemble du champ de compétences de l'agence ;

- une commission spécialisée sur l'accompagnement médico-social pour organiser les travaux de la conférence régionale, qui donnera un avis notamment sur le schéma régional de l'organisation médico-sociale et sur les appels à projet.

Votre rapporteur veillera à ce que les dispositions réglementaires d'application préservent ces acquis et donnent toute leur place au secteur médico-social dans la gouvernance des agences. La présence de nombreuses personnalités issues du secteur dans la liste des futurs directeurs généraux est, à ce titre, très encourageante.

2. La mise en place d'un dispositif d'appel à projets

L'ancienne procédure d'autorisation de création de places nouvelles dans le secteur médico-social, centrée sur le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, n'était satisfaisante ni pour les gestionnaires, ni pour les pouvoirs publics. En particulier, le comité régional ne jouait pas son rôle de filtre, puisque la grande majorité des projets recueillait un avis positif de sa part et le filtre réel ne jouait que plus tard, dans l'attente de financements en provenance de l'ONDAM médico-social.

Aussi a-t-il été décidé, dans le cadre des ARS et des engagements pris dans la perspective du cinquième risque, de réformer en profondeur la procédure d'autorisation de création de places :

- en instituant une procédure d'appels à projets, sur la base de la définition des besoins, élaborée collectivement dans le cadre du schéma régional médico-social et des schémas départementaux ;

- en supprimant les comités régionaux dans leur format actuel et en les remplaçant par une section spécialisée de la conférence régionale de santé et de

l'autonomie, chargée de donner un avis sur le projet de schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale et sur les contenus des appels à projet.

Il s'agit donc de passer d'une procédure où l'initiative du projet est le plus souvent du côté du promoteur (avec le risque de voir financer des projets ne répondant pas aux priorités des besoins à satisfaire) à une procédure où l'initiative est également du côté des pouvoirs publics. Cela doit permettre de sélectionner les projets les plus conformes aux priorités définies collectivement par le projet régional de santé.

Il s'agit là d'un changement fondamental qui a légitimement pu inquiéter les acteurs du secteur médico-social, le travail de pédagogie ayant peut-être été quelque peu tardif. En particulier, les associations du champ médico-social ont exprimé leur crainte que cette procédure d'appel à projet, en privilégiant un processus de haut en bas, ne freine la créativité et l'innovation ; or, dans le secteur médico-social, c'est bien souvent du terrain, des associations qu'ont surgi les solutions innovantes de prise en charge des personnes vulnérables.

Le Parlement a entendu cette inquiétude et a adopté un certain nombre de dispositions permettant qu'à côté de la procédure d'appel à projet subsiste une procédure d'autorisation, fondée sur un processus de bas en haut afin de préserver la capacité d'innovation des acteurs de terrain.

La phase de mise en place des ARS et de transition entre les deux processus d'autorisation de nouvelles place risque d'être quelque peu complexe et déstabilisante pour les acteurs du terrain, en particulier les plus petits, les plus fragiles. Il sera donc indispensable de faire preuve d'un surcroît de pédagogie à destination des acteurs du secteur.

Une expérimentation est en cours dans trois régions concernant la rédaction des cahiers des charges et le processus de transition et l'on devrait disposer des premiers résultats à la fin du mois de novembre : il est aujourd'hui envisagé de maintenir les comités régionaux en activité pendant six mois après la création des ARS, afin d'apurer le stock des dossiers et les dossiers ayant reçu un avis positif seront ensuite traités en priorité.

Suite à cette expérimentation, une concertation doit être lancée avec l'ensemble des acteurs du secteur et les décrets d'application pourront être publiés vers le mois de février.

II. LE FINANCEMENT DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN 2010

Le Parlement n'est que très imparfaitement informé s'agissant du financement du secteur médico-social : certes, l'ONDAM médico-social fait l'objet d'un vote du Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale mais pas l'objectif global des dépenses (OGD), qui intègre des ressources propres de la CNSA et qui est, au final, l'indicateur pertinent pour juger des moyens dont disposera le secteur.

Des progrès ont néanmoins été faits ces dernières : en particulier, la CNSA fait l'objet d'un programme de qualité et d'efficacité depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et il s'agit d'un document de qualité. En outre, un chapitre de l'annexe 8 est consacré au budget de la CNSA mais ce document est peu lisible, même si des progrès ont été faits récemment.

Au final, le rôle du Parlement dans la définition des moyens financiers dont dispose le secteur médico-social est encore très insuffisant et l'un des enjeux de la mise en œuvre du 5^{ème} risque sera de combler ce retard. Il faudra permettre au Parlement de voter, chaque année, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, des tableaux d'équilibre (dépenses, recettes, solde) pour le risque « perte d'autonomie ». Ce tableau devrait présenter l'intégralité des dépenses et des recettes, y compris les ressources propres de la CNSA accordés aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) et le complément que la caisse apporte sur ces mêmes ressources à l'ONDAM médico-social.

A. LE BUDGET DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

Les années précédentes, au moment où la loi de financement de la sécurité sociale était examinée par l'Assemblée nationale en séance plénière, le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) avait voté un budget prévisionnel, ce qui permettait un certain niveau d'information. Cette année, la procédure a pris du retard en raison du tardif renouvellement des personnalités qualifiées membres du conseil, dont les sièges, notamment celui de président, sont restés vacants pendant six mois. L'installation du nouveau conseil, et l'élection en son sein d'un nouveau président, M. Francis Idrac, a eu lieu le 20 octobre dernier mais cela a décalé l'adoption du budget 2010, qui ne devrait avoir lieu qu'en novembre.

1. L'ONDAM médico-social

L'ONDAM médico-social est l'agrégat retraçant les financements de l'assurance maladie destinés à couvrir les prestations de soins au sein des établissements et services médico-sociaux prenant en charge des personnes

handicapées ou des personnes âgées. Il est d'usage de désigner par ce terme l'ensemble que forment aujourd'hui les quatrième et cinquième sous-objectifs de l'ONDAM.

Depuis 2006 et la mise en place du nouveau circuit financier consécutif à la création de la CNSA, l'ONDAM médico-social ne retrace plus des prestations à encadrer et réguler, mais uniquement la part de ces dépenses mises à la charge de l'assurance maladie. L'agrégat ainsi soumis au vote du Parlement se définit comme une contribution, dont le montant n'est plus susceptible de varier.

La totalité des prestations effectivement versées aux établissements et services médico-sociaux fait cependant l'objet d'un encadrement sous la forme d'un objectif global de dépenses, mais qui est extérieur à l'ONDAM et donc distinct de celui-ci.

En complément de l'ONDAM médico-social voté par le Parlement, le financement de ces dépenses est assuré par un apport financier de la CNSA. Tant l'objectif global de dépenses que cet apport financier sont fixés par voie d'arrêté, le Parlement n'étant informé de leur montant prévisionnel que dans le cadre de l'annexe 8 au projet de loi dont la lisibilité est très faible.

Entre 2000 et 2008, les dépenses du champ de l'ONDAM médico-social ont augmenté de 81,4 % (passant de 7,11 à 12,9 milliards d'euros) alors que l'ensemble des dépenses sous ONDAM a augmenté de « seulement » 48,3 %. Dans ces conditions, l'ONDAM médico-social représentait en 2008 près de 8,4 % des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM, contre 6,9 % initialement. Cette augmentation de la part de la composante médico-sociale dans l'ensemble de l'ONDAM concerne essentiellement le secteur relatif aux personnes âgées et s'est fait sentir à partir de 2004.

Pour 2009, la loi de financement de la sécurité sociale avait prévu une dotation de l'ONDAM médico-social de 13,9 milliards d'euros, dont 6,2 milliards pour les personnes âgées et 7,7 pour les personnes handicapées, soit une augmentation de 6,3 %. En exécution, près de 260 millions d'euros ont été transférés de l'ONDAM hospitalier vers l'ONDAM « personnes âgées » au titre de la fongibilité des crédits, en raison de la transformation d'établissements de santé en établissements pour personnes âgées. Par ailleurs, l'article 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit un rebasage de l'ONDAM « personnes âgées » de 150 millions d'euros, afin de prendre en compte la sous-consommation persistante des crédits mise en lumière par une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) encore en cours.

Votre rapporteur assume et soutient cette démarche qui permet de tenir compte de la réalité de la consommation des crédits par la CNSA. En outre, si ce rebasage a pu surprendre certains acteurs du secteur, on peut souligner qu'au final, cela aboutit au même résultat que ce qui était pratiqué les années antérieures, à

savoir financer une partie de l'objectif global de dépenses, en puisant sur les réserves issues des excédents des années précédentes.

Pour 2010, le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit une augmentation de l'ONDAM médico-social de 5,8 % par rapport à l'objectif 2009 rebasé, qui se répartit entre une augmentation de 800 millions d'euros pour les personnes âgées et de 200 millions d'euros pour les personnes handicapées. Encore une fois, l'ONDAM médico-social progresse beaucoup plus vite que les autres composantes de l'ONDAM (soins de ville et établissements de santé), dont l'évolution devrait être limitée à 2,8 %.

Évolution de l'ONDAM 2008-2010

	2008	2009 (LFSS 2009)	2009 révisé (PLFSS 2010)	PLFSS 2010
ONDAM personnes âgées	5,5	6,2	6,3	7,0
ONDAM personnes handicapées	7,4	7,7	7,7	7,9
ONDAM médico-social	12,9	13,9	14,0	14,9

2. Des ressources propres de la CNSA affectées par la crise

Les ressources propres de la CNSA sont les suivantes :

– la fraction de 0,1 % de la CSG perçue sur les revenus d'activité, de remplacement, sur les revenus du patrimoine, sur les produits de placement, et sur les jeux (ressource initiale du Fonds de financement de l'APA) ;

– la contribution solidarité autonomie de 0,3 % sur les revenus salariaux, correspondant à la « journée de solidarité », créée par la loi du 30 juin 2004 ;

– la contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, créée par la loi du 30 juin 2004.

En 2008, les produits de la CNSA avaient augmenté de 3,6 % pour atteindre 3,5 milliards d'euros. Les recettes de CSG représentaient 1,1 milliard d'euros et celles de contribution solidarité autonomie s'élevaient à 2,3 milliards d'euros.

En 2009, la CNSA va voir ses recettes reculer de 3,9 %, pour atteindre 3,3 milliards d'euros, ce recul s'expliquant essentiellement par l'impact négatif de la crise sur les assiettes des recettes de la CNSA.

En 2010, le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit une quasi-stabilisation des ressources propres (+0,6 %).

	2008 (réalisé)		2009 (prévisions)		2010 (prévisions)	
	M€	%	M€	%	M€	%
CSG	1 122	4,1 %	1 091	- 2,8 %	1 098	0,6 %
CSG perçue sur les revenus d'activité de remplacement	978	4,3 %	974	- 0,3 %	979	0,5 %
CSG perçue sur les revenus du patrimoine	72	5,7 %	50	- 29,7 %	50	0,0 %
CSG perçue sur les produits de placement	68	1,6 %	61	- 10,3 %	63	3,3 %
CSG Perçue sur les produits des jeux	5	- 10,9 %	5	3,4 %	5	0,0 %
CSA	2 296	3,4 %	2 190	- 4,6 %	2 202	0,5 %
CSA perçue sur les revenus d'activité	1 887	2,3 %	1 857	- 1,6 %	1 861	0,2 %
CSA perçue sur les revenus du patrimoine	210	4,4 %	151	- 28,2 %	151	0,0 %
CSA perçue sur les produits de placement	199	14,1 %	183	- 8,0 %	190	3,8 %
Participation des régimes d'assurance vieillesse	65	1,5 %	66	0,5 %	67	1,8 %
PRODUITS BRUTS CNSA (hors produits financiers)	3 483	3,6 %	3 347	- 3,9 %	3 367	0,6 %
Produits financiers	62	++	30	- 51,6 %	30	0,0 %
PRODUITS CNSA	3 545	4,3 %	3 377	- 4,7 %	3 397	0,6 %

3. Le montant d'objectif global de dépenses

Grâce à l'ONDAM médico-social et à une partie de ses recettes propres, la CNSA constitue l'objectif global de dépenses qui finance les prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale.

En application des dispositions de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, une fraction comprise entre 10 % et 14 % de contribution solidarité autonomie est consacrée par la CNSA au financement des dépenses de l'objectif global « personnes handicapées » ; une fraction de 40 % de la contribution permet de financer l'objectif global « personnes âgées ». Ces dotations constituent les ressources propres de la CNSA à l'objectif global de dépenses.

Comme l'ONDAM médico-social, cet objectif « personnes âgées » et « personnes handicapées », a connu une progression soutenue ces dernières années comme le montre le tableau ci-dessous :

En millions d'euros

	2007	2008	2009	2010
OGD personnes handicapées	7 290	7 684	8 060	8 188
OGD personnes âgées	5 200	6 073	7 242	7 912

La progression est particulièrement marquée pour l'objectif global personnes âgées : entre 2007 et 2010, 2,7 milliards d'euros supplémentaires auront été dégagés pour financer les établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes, soit une progression de plus de 52 %. Sur la même période, l'objectif global personnes handicapées aura progressé de 12,3 %.

Pour financer l'objectif global « personnes âgées », la CNSA complète la dotation de l'assurance-maladie et ses ressources propres, par un prélèvement sur ses réserves : ce prélèvement a atteint 200 millions d'euros en 2008 et 322 millions en 2009. En 2010, cette contribution devrait être limitée à 56 millions d'euros.

4. La diminution des excédents

Ces réserves sont eux-mêmes le résultat d'une sous-consommation structurelle des crédits de l'ONDAM médico-social qui ne date pas de la création de la CNSA mais que celle-ci a, en quelque sorte, révélée.

Ce n'est, en effet, que depuis la création de la CNSA que l'écart entre le montant des dépenses inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour sa partie médico-sociale et les dépenses effectives au bénéfice des établissements et services pour les personnes âgées ou handicapées est devenu visible. Auparavant, cet écart était consolidé dans les comptes de l'assurance maladie, et disparaissait donc dans son solde général. Lorsque le législateur a voulu, avec la Journée de solidarité, individualiser l'effort en faveur des personnes en situation de perte d'autonomie au sein des comptes de la CNSA, « l'excédent » est devenu visible.

Le tableau ci-dessous montre le montant des excédents et l'utilisation qui en a été faite, année après année :

	Report à nouveau	Résultat de l'exercice avant réaffectation	Affectation au PAI	Affectation à l'OGD	Autres affectations	Total montants réaffectés	Résultat de l'exercice après réaffectation	Résultat net cumulé
2006	532	660	500	19	13	532	128	660
2007	660	528	185	47	0	232	296	956
2008	956	541	284	200	1	485	55	1 011
2009 (1)	1 011	136	465	322	15	802	-666	345
2010 (2)	345	-15	151	56		207	-222	123
Total			1 585	644		2 258		

Source : CNSA

(1) Compte prévisionnel 2009 (Commission des comptes de la sécurité sociale du 01-10-2009)

(2) Budget 2010 (Commission des comptes de la sécurité sociale du 01-10-2009)

Ainsi, de 2006 à 2008, des excédents supérieurs à 500 millions d'euros ont été dégagés, en quasi-totalité sur la sous-section du budget de la CNSA consacrée

au financement des établissements et services pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette sous-exécution de la partie « personnes âgées » s'explique principalement par deux phénomènes :

– **Les délais d'ouverture des établissements et services** : pour autoriser l'ouverture d'un établissement, le préfet doit avoir, dans la base notifiée par la CNSA, les crédits correspondant à son financement. Or, entre l'autorisation et l'ouverture, il peut se passer deux ans ou plus, pendant lesquels les crédits ouverts sont par définition non consommés.

– **Les retards de la médicalisation** des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : dans le cadre du plan solidarité grand âge, il a été prévu un effort important de renforcement du nombre de personnels soignants auprès des personnes âgées (système dit de « pathossification »). Cela est dû à l'évolution des besoins des résidents qui entrent de plus en plus tard en établissement (84 ans en moyenne). Or actuellement, le nombre de places qui entrent effectivement dans ce nouveau dispositif tarifaire est inférieur de moitié à la prévision, ce qui s'explique par deux facteurs : la longueur des procédures entre l'analyse du besoin par les établissements (réalisation de l'étude sur la charge en soins des résidents, dite « coupe Pathos »), la validation par l'assurance maladie et la signature de la convention d'une part ; la nécessité dans cette phase de conventionnement de recueillir l'accord du conseil général, lequel devra financer une partie de la rémunération de ces personnels supplémentaires.

Ces excédents répétés ont conduit la CNSA à accumuler des réserves financières, qui ont atteint un point culminant fin 2008 avec un peu plus de 1 milliard d'euros.

Néanmoins, année après année, ces réserves ont été utilisées pour deux objets essentiels : d'une part, une part non négligeable a permis de compléter l'objectif global de dépenses personnes âgées ; d'autre part, a été ainsi financé un plan massif d'aide à l'investissement, pour un total qui devrait atteindre fin 2010, plus de 1,5 milliard d'euros.

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a en effet pérennisé l'intervention de la CNSA en matière d'aide à l'investissement (article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles) à partir de la mobilisation de ses fonds propres. En 2008, un plan de 300 millions d'euros a ainsi été décidé (à hauteur de 225 millions d'euros pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et de 75 millions d'euros pour les personnes handicapées), dédié en partie aux structures accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (180 millions d'euros). Le nouveau plan d'aide à l'investissement, voté pour 2009, s'élève à 330 millions d'euros conformément à l'arrêté en date du 7 avril 2009, dont 250 millions d'euros en faveur des

établissements pour personnes âgées et 80 millions d'euros pour les établissements pour personnes handicapées. Figurent dans la composition de ce plan, 70 millions d'euros relatifs au plan de relance et 30 millions d'euros au titre des contrats de projets État-régions.

Les excédents sont donc bien utilisés et non accumulés, même si l'on peut s'interroger sur le fait de financer dépense pérenne de fonctionnement par une ressource non pérenne.

En outre, la CNSA a mis en œuvre un certain nombre de procédures permettant de réduire ces excédents :

- les enveloppes anticipées (qui permettent aux préfets d'autoriser en n une partie des places qui ouvriront en n+1 ou n+2, et avec le plan de relance en n+3, et donc d'éviter le délai entre autorisation et ouverture due aux travaux à réaliser) ;

- la formation des médecins des établissements, afin qu'ils chiffrant mieux la charge en soins moyenne des résidents (formation qui se systématise, avec une organisation nationale en 2009 animée par la CNSA et la CNAMTS) ;

- une meilleure mobilisation par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales des crédits disponibles au niveau local (pour des dépenses transitoires de formation, d'investissement et d'aide au démarrage).

En 2009, les excédents devraient ainsi être réduits et atteindre moins de 150 millions d'euros (une fois sortis les 150 millions d'euros liés au rebasage de l'ONDAM médico-social). Les réserves fin 2009 devraient être inférieures à 350 millions d'euros et, fin 2010, à 125 millions d'euros.

B. LA BAISSÉ RELATIVE DES CONTRIBUTIONS AUX DÉPARTEMENTS

Outre le financement des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées, la CNSA a également pour mission de financer en partie l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH), toutes deux gérées par les départements.

1. Le financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie

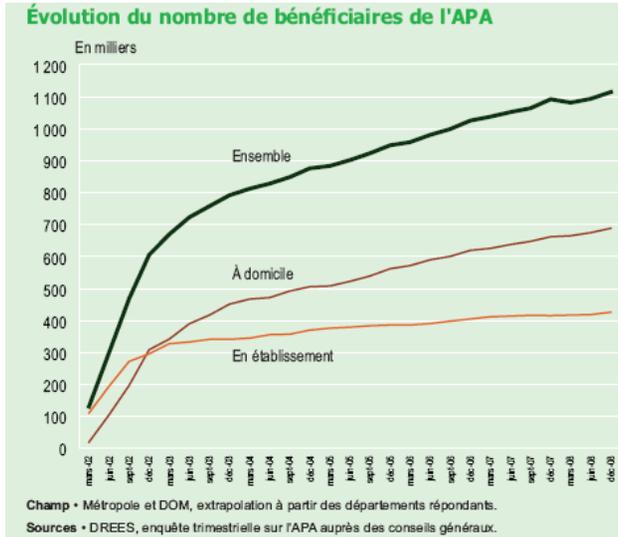
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans dont le niveau de dépendance, évalué à partir de la grille AGGIR en groupes Iso-Ressources (GIR), se situe entre 1 et 4 sur une échelle allant jusqu'à 6, du plus au moins dépendant.

a) L'APA : une dépense toujours dynamique

Au 31 décembre 2008, 1 115 000 personnes âgées dépendantes bénéficiaient de l'APA, soit une augmentation de 3,4 % sur un an, en ralentissement par rapport à la hausse observée l'année précédente (+5,1 %). Le nombre de bénéficiaires croît à un rythme plus rapide que celui de l'ensemble de la population française des 75 ans et plus (+2,8 % entre 2007 et 2008), qui représente plus de 80 % des bénéficiaires de l'allocation. Au 31 décembre 2008, 62 % des bénéficiaires vivaient à domicile et 38 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Cette répartition entre APA à domicile et en établissement a toutefois évolué depuis la création de l'allocation.

La proportion de bénéficiaires vivant à domicile a augmenté de 5 points entre 2003 et 2008, passant de 57 % à 62 %. Cette évolution est en premier lieu liée à la forte hausse du nombre de bénéficiaires vivant à domicile répertoriés en GIR 4, qui a crû de 68 % entre 2003 et 2008. Ainsi, en 2008, près de 80 % des bénéficiaires en GIR 4 vivaient à domicile, contre 73 % en 2003. Ceci s'explique par le fait que les personnes appartenant au GIR 4 sont les moins dépendantes, ce qui facilite le maintien à domicile.

Toutefois, une analyse par GIR montre que chacun des groupes a contribué à la hausse globale, à l'exception du GIR 1, qui rassemble les personnes nécessitant une présence continue d'intervenants et pour lequel la part semble se stabiliser autour de 20 %. L'augmentation de la proportion de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile s'inscrit pleinement dans l'objectif de garantir à chaque personne dépendante la faculté de demeurer sur son lieu de vie habituel (ou dans un autre logement de son choix) à une double condition : qu'elle en exprime le désir, tout d'abord, et que, ensuite, son état de dépendance le lui permette. En concentrant l'accès aux établissements pour personnes âgées sur les cas les plus lourds, elle vise également à mieux réguler le coût élevé d'un hébergement dans une structure d'accueil pour les différents financeurs (assurance-maladie, conseils généraux).



Le nombre total de bénéficiaires de l'APA a été rapporté, pour chaque département, à la population des personnes âgées de 75 ans ou plus. Il apparaît ainsi que le taux de bénéficiaires est plus élevé dans certaines régions (centre de la France, Sud-Ouest, Corse, Bretagne, Nord, ...) que dans d'autres (Ile-de-France...). Cette hétérogénéité dans la répartition des bénéficiaires peut s'expliquer par différents facteurs : niveau des ressources individuelles (l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, toutefois une participation financière pouvant aller jusqu'à 90 % du plan d'aide reste à la charge des bénéficiaires, lorsque leurs ressources sont supérieures à un plafond), hétérogénéité de l'état de santé, plus ou moins grand isolement, etc.

b) La contribution de la CNSA

Elle est déterminée sur la base des recettes de la CNSA qui sont affectées en tout ou partie, à cette dépense :

- une fraction de 20 % du produit de la contribution solidarité autonomie ;
- une fraction du produit de CSG, comprise entre 88 % et 95 % ;
- la participation des régimes d'assurance vieillesse.

La fraction du produit de CSG a été fixée à 94 % en 2008 et 2009, et ce taux est maintenu dans la construction du budget de 2010.

Le tableau ci-dessous retrace les ressources propres de la CNSA dédiées au financement de la section 2 sur la période 2008-2010 :

	2008		2009 (p)		2010 (p)	
	M€	%	M€	%	M€	%
Fraction des produits de CSG	1 056	4,1 %	1 029	- 2,5 %	1 035	0,6 %
Fraction des produits de CSA	459	3,4 %	440	- 4,2 %	442	0,4 %
Participation des régimes d'assurance vieillesse	65	1,5 %	66	0,5 %	67	1,8 %
Financement de la section 2	1 580	3,8 %	1 535	- 2,9 %	1 544	0,6 %

Les modalités de répartition du concours de la CNSA aux départements sont fixées par la loi du 30 juin 2004 (article 12-II) et précisées par le décret du 22 décembre 2004 (article 3).

Les critères de répartition du concours et leur pondération sont les suivants :

- le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (pondération 50 %) ;
- le potentiel fiscal de chaque département (pondération – 25 %) ;
- le nombre de bénéficiaires du RMI (pondération 5 %) ;
- la dépense annuelle au titre de l'APA (pondération 20 %).

L'application de ces critères est corrigée par un mécanisme ayant pour objet de plafonner le rapport entre la charge nette d'APA (dépenses – concours) et le potentiel fiscal du département, à un taux qui ne peut être supérieur à 30 %, déterminé par arrêté interministériel.

L'Association des départements de France, auditionnée par votre rapporteur, s'est interrogée sur la nécessité de faire évoluer ces critères de répartition, qui désavantagent certains départements au profit d'autres moins nécessiteux. Après 5 ans d'application, il est en effet peut-être temps d'établir un premier bilan de l'application de ces critères et de proposer des adaptations si cela s'avère nécessaire.

La part des dépenses relative à l'allocation personnalisée d'autonomie financée par la CNSA a légèrement diminué entre 2004 et 2008. Cependant, elle reste au moins égale à un tiers et s'établit à 33,4 % en 2008. Toutefois, cette baisse est relative, car elle s'inscrit dans une forte dynamique des dépenses totales d'APA qui ont progressé de 34 % sur cette même période, l'effort financier de la CNSA augmentant de 280 millions d'euros dans le même temps.

Type de prestation (M€)	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses d'APA versées par les départements	3 616	3 930	4 243	4 555	4 855
– dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA	1 339	1 341	1 437	1 518	1 619
Part des dépenses d'APA financées par la CNCA	37,0 %	34,1 %	33,9 %	33,3 %	33,4 %

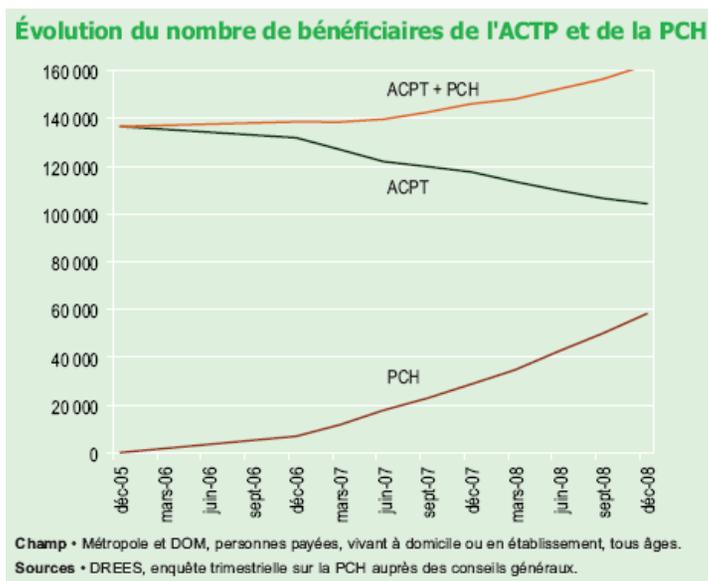
Source : DGFIP et CNSA – compte de résultat – chiffres arrondis

2. La prestation de compensation du handicap (PCH)

a) Dynamique de la PCH

La PCH, créée par la loi du 11 février 2005, vise à répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées au regard, notamment, de leur projet de vie, Prenant le relais de l'allocation de compensation pour tierce personne (ACTP) pour ce qui concerne l'aide humaine, cette prestation vient en sus des autres prestations destinées à garantir un revenu de base aux personnes handicapées, telle que l'allocation aux adultes handicapés. Elle permet de prendre en charge cinq types de besoins : les aides humaines, les aides techniques, les aménagements du logement, du véhicule et les surcoûts liés au frais de transport, les charges exceptionnelles ou spécifiques et les aides animalières.

Depuis 2006, 255 000 demandes de prestation de compensation ont été déposées et 212 300 décisions ont été prises. La montée en charge des demandes, que l'on pouvait prévoir être achevée en 2007, s'est en réalité poursuivie et accélérée en 2008. La CNSA estime à environ 100 300 le nombre de demandes en 2008, soit une progression de 19,6 % par rapport à l'année précédente.



Il s'agit d'un constat sur l'activité et non sur les bénéficiaires : sans qu'on puisse le chiffrer, on peut indiquer que certaines de ces demandes sont sans doute déjà des renouvellements pour certains bénéficiaires. Pour apprécier leur nombre à fin 2008, il faudrait en effet connaître ces doubles comptes éventuels ainsi que les dossiers clos.

Les décisions relatives à la prestation de compensation continuent à augmenter bien qu'à un rythme ralenti en 2008 par rapport à 2007 et a fortiori à 2006, année de lancement de la prestation de compensation. En 2008, 112 200 décisions ont été rendues contre 76 600 en 2007 et 23 500 en 2006. Le nombre moyen de décisions rendues, évalué à 9 100 par mois au premier trimestre 2008, approche 9 600 au dernier trimestre 2008. On constate ainsi que, depuis le dernier trimestre 2007, le nombre moyen de décisions dépasse celui des demandes déposées, ce qui traduit un rattrapage des stocks de demandes en attente de décisions, et a nécessairement une incidence sur la diminution des délais moyens de traitement.

En 2008, sur la base des données de l'enquête, en moyenne près d'un tiers des demandes de prestation de compensation (32,3 %) examinées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ont été refusées. En 2007, les refus représentaient 33,6 % des décisions.

b) La contribution de la CNSA

Le montant du concours de la CNSA à la PCH est calculé sur la base d'une fraction comprise entre 26 % et 30 % des recettes de la contribution solidarité autonomie. Cette fraction était de 26 % en 2008 et en 2009. Elle serait maintenue à ce taux en 2010.

En 2006, première année de mise en oeuvre de la prestation de compensation du handicap, le concours versé par la CNSA au titre de cette prestation a excédé de 444 millions d'euros les dépenses. Cet excédent a vocation à être mis en réserve sur un compte spécial dans la comptabilité des départements, afin d'être affecté au financement des dépenses ultérieures desdits départements. En 2007, le montant des dépenses a augmenté de 198 millions d'euros pour atteindre 277 millions d'euros. En 2008, les dépenses des départements ont encore fortement augmenté : elles ont effet plus que doublé, pour s'établir à 569 millions d'euros. Ainsi, pour la première fois depuis sa création, la part des dépenses financées par la CNSA est inférieure à 100 %.

Type de prestation (milliards d'euros)	2006	2007	2008
Dépenses de PCH versées par les départements	79	277	569
– dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	523	530	551
Part des dépenses de PCH financées par la CNCA	662,0 %	191,5 %	96,9 %

Source : Direction générale des finances publiques et CNSA – compte de résultat – chiffres arrondis

Les critères retenus pour la répartition du concours entre les départements (article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles) sont le nombre de bénéficiaires de la PCH, le nombre de bénéficiaires d'autres prestations (allocation adulte handicapé, invalidité), le potentiel fiscal des départements. Un mécanisme de « *plafonnement de la charge nette* », comparable à celui existant pour le concours APA, est également prévu.

3. Le financement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

La part des concours versés aux départements affectée au financement de l'installation et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées est définie par le conseil de la CNSA.

Pour 2008 et 2009, le concours représentait 45 millions d'euros. Une contribution supplémentaire de 15 millions d'euros a été retenue pour l'année 2009. Un montant de 45 millions d'euros serait prévu en 2010. Le versement du concours relatif au financement des maisons départementales s'effectue conformément à des conventions qui sont conclues entre la CNSA et les départements. Ces conventions prennent en compte, notamment, des objectifs de qualité de service vis-à-vis des publics concernés.

C. LA POURSUITE DES OBJECTIFS GOUVERNEMENTAUX

Les taux de progression de l'ONDAM médico-social et de l'objectif global de dépenses permettent au Gouvernement de tenir ses engagements en faveur aussi bien des personnes handicapées que des personnes âgées.

1. Les personnes âgées

a) Le plan Solidarité-grand âge (2007-2012)

Le plan Solidarité-grand âge a été présenté le 27 juin 2006 par M. Philippe Bas, alors ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Se substituant au plan Vieillesse et solidarités, annoncé à la suite du drame de la canicule de l'été 2003, il en amplifie et prolonge les principales mesures. Il se fonde, en effet, dans la logique définie par le rapport du Centre d'analyse stratégique, sur des objectifs quantitatifs plus ambitieux que ceux fixés dans le plan précédent en prévoyant la création :

– de 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile par an jusqu'en 2009 et de 7 500 places à compter de 2010, pour un objectif final de 232 000 places installées en 2025 ;

– de 2 500 places d'accueil de jour et de 1 100 places d'hébergement temporaire supplémentaires chaque année pendant toute la durée du plan ;

– de 5 000 places médicalisées en EHPAD chaque année, soit le double de la programmation fixée dans le cadre du plan Vieillesse et solidarité.

Il convient de souligner que le plan a été confirmé en mai 2007, le nouveau Gouvernement choisissant toutefois de mettre l'accent sur le renforcement des créations de places supplémentaires en EHPAD, dont le rythme devait passer de 5 000 à 7 500 par an en 2008 et 2009. Les formules alternatives à l'hébergement en EHPAD devaient également être légèrement reprofilées (2 125 places nouvelles par an en accueil de jour et 1 125 places en hébergement temporaire).

Le plan Solidarité-grand âge comprend, par ailleurs, tout un ensemble de dispositions destinées à encourager :

– le soutien au maintien à domicile (consultation gratuite de prévention offerte aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans, développement des services à la personne par le biais de mesures incitatives, modernisation des services et professionnalisation des intervenants) ;

– le répit des aidants familiaux (mesures relatives aux frais de transport des usagers des accueils de jour, congé de soutien familial pour accompagner un proche dont la perte d'autonomie présente une particulière gravité, mise en place d'un statut de l'aidant familial) ;

– les nouvelles formes de logement proposées aux personnes âgées (réforme du régime de l'agrément au titre d'activités de services à la personne, amélioration du statut des accueillants familiaux, modernisation des logements-foyers, réflexion sur « la maison de retraite de demain ») ;

– un effort accru d'encadrement : augmentation des effectifs de personnels soignants, amélioration des taux d'encadrement (selon le principe d'un ratio d'un professionnel pour chaque résident dans les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes), poursuite de la médicalisation, nouvelle étape dans la réforme de la tarification des établissements avec le développement de la « coupe Pathos », mesures relatives au médecin coordonnateur, organisation de la formation au diplôme d'aide soignant pour les salariés des établissements d'hébergement.

Le plan constitue le socle de la politique publique menée en faveur des personnes dépendantes jusqu'en 2012. Il a toutefois été complété par un volet spécifique consacré à la maladie d'Alzheimer

b) Le plan Alzheimer 2008-2012

L'élaboration du plan Alzheimer 2008-2012 s'est appuyée sur les travaux de la commission présidée par le professeur Joël Ménard, dont le rapport a été remis au Président de la République le 8 novembre 2007.

Le nouveau plan, annoncé par le Président de la République le 1^{er} février 2008 à Sophia Antipolis, comprend quarante-quatre mesures, structurées autour de

quatre axes. Ce plan devrait mobiliser au total 1,6 milliard d'euros sur la période 2008-2012, essentiellement financés par l'assurance maladie et la CNSA.

Parmi les différentes mesures proposées sur la période 2008-2012, les principales du point de vue de l'effort budgétaire (1,26 milliard d'euros sur le total de 1,67 milliard) sont :

- le développement et la diversification des structures de répit, avec 169,5 millions pour la création de 11 000 places d'accueil de jour et de 5 600 places d'hébergement temporaire ;

- la désignation de 1 000 coordonnateurs en 2012 sur l'ensemble du territoire, pour un montant de 113,5 millions ;

- le renforcement du soutien à domicile, grâce notamment au recrutement de personnels spécialement formés (169 millions) ;

- la création ou l'identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux. Il s'agit du poste budgétaire de loin le plus important, avec 738 millions ;

- la mise en oeuvre d'unités spécialisées pour les malades atteints d'Alzheimer au sein des services de soins de suite et de réadaptation (70 millions) ;

- le financement d'appels à projets et de dépenses en faveur de la recherche, pour un montant de près de 130 millions, incluant en particulier la mise en place d'une fondation de coopération scientifique.

Tous les financements annoncés n'ont pas vocation à s'ajouter à ceux dégagés pour la réalisation du plan Solidarité-grand âge. Le plan Alzheimer s'insère dans ce dernier et s'articule avec lui notamment en ce qui concerne :

- les accueils de jour et d'hébergement temporaire ; en revanche, la prise en charge des transports des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi que les expérimentations de formules de répit nouvelles comme la garde itinérante de jour et de nuit, la garde à domicile ou l'accueil de nuit, seront financées sur le budget de la CNSA hors objectif global de dépenses ;

- la mise en place d'unités spécifiquement dédiées aux patients « Alzheimer », au sein des EHPAD ou dans des structures autonomes adaptées ; ces unités renforcées en personnel doivent voir le jour dans le cadre du processus de médicalisation des établissements prévu par le plan Solidarité-grand âge, avec une montée en charge progressive du taux d'encadrement ; l'estimation du coût de leur mise en place à l'horizon 2012 est de 186 millions d'euros en fonctionnement pour l'assurance maladie et 180 millions ont été prévus en 2008 dans le cadre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA.

c) Les créations de place

Le nombre de places pour personnes âgées a connu un rythme de progression annuel moyen de +2,4 % entre 2004 et 2008 avec un total de 676 655 lits et places installés fin 2008 pour l'ensemble de l'offre en

établissements et services médico-sociaux. La progression de l'offre de services a été plus dynamique entre 2007 et 2008 qu'une année auparavant (+3,6 % contre +1,4 %). Cette progression est beaucoup plus forte sur le secteur des services médicalisés à domicile (+11 %) que sur la prise en charge en établissements (+2,2 %), sous l'impulsion des différents plans et de la plus grande rapidité d'installation de ces services.

Le nombre de lits et places installées a augmenté d'environ 52 000 entre 2003 et 2007 sous l'impulsion du plan Vieillesse et solidarité qui prévoyait initialement le financement de 40 000 places nouvelles sur la période se décomposant en : 10 000 places en EHPAD, 17 000 places de services de soins infirmiers à domicile, 13 000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Les places supplémentaires proviennent d'installation de places financées sur les plans antérieurs (2000-2001).

Le nombre de places effectivement installées au cours de l'année 2008 a été de l'ordre de 23 000, du fait de la nouvelle dynamique engagée par le plan Solidarité-grand âge dont l'objectif pour 2008 était la création de 16 750 places nouvelles, soit 7 500 places d'EHPAD, 6 000 places de services de soins infirmiers, 2 125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire.

Si certains départements ont pu accroître le taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées depuis 2004, la tendance nationale est à la diminution. Les évolutions démographiques montrent, en effet, que les besoins en services sont supérieurs à l'offre. Cependant, on constate une amélioration du taux d'équipement en 2008, qui résulte d'une politique volontariste depuis 2005 et se traduit par une évolution importante de l'objectif global des dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées sur la période. L'entrée en dépendance plus tardive et moins fréquente tend en outre à réduire la pression de la demande.

d) Les objectifs pour 2010

La progression de l'ONDAM permettra de mettre en œuvre des mesures nouvelles pour un montant de plus de 550 millions d'euros en 2010, afin de poursuivre le déploiement du plan Alzheimer, les créations de places nouvelles et la médicalisation des maisons de retraite.

Cet effort financier rend notamment possible :

– la création de 600 pôles d'activité et de soins Alzheimer, de 140 unités d'hébergement renforcé, et de 170 équipes mobiles pluridisciplinaires ;

– le financement de 2 125 places d'accueil de jour ainsi que de 1 125 places d'hébergement temporaire qui permettront notamment d'aider les proches de personnes atteintes d'Alzheimer ;

– la création de 7 500 places nouvelles en maisons de retraite, soit 2 500 de plus que les objectifs initialement prévus ;

– le financement de 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile ;

– le financement de la médicalisation renforcée de 80 000 places en maisons de retraite, ce qui permettra la création de 5 000 emplois soignants ;

– des crédits seront mobilisés pour accroître le forfait transport des services d'accueil de jour.

L'effort en faveur de l'aide à l'investissement sera poursuivi en particulier pour les établissements s'adaptant à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

2. Les personnes handicapées

a) Le plan handicap

Lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, le Président de la République a annoncé le lancement d'un nouveau plan pluriannuel de création de places au profit des personnes les plus lourdement handicapées. Deux séries de mesures à portée financière ont été plus spécifiquement mises en exergue :

– la revalorisation de 25 % de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;

– la construction de 50 000 places d'accueil en établissements spécialisés, dont le financement sera réparti sur cinq ans (10 000 places par an) et l'ouverture au public sera garantie à l'horizon de sept ans.

b) Les créations de place depuis 2004

Les taux moyens de progression annuelle, observés sur la période 2004-2008, sont respectivement de + 9,5 % pour les places adultes et + 2,5 % pour les places enfants. En 2008, le nombre de lits et places pour adultes a augmenté de façon plus modérée qu'en 2007 (+ 10,7 % contre + 14,1 %). Concernant les enfants handicapés, les places en établissements et services ont augmenté plus vite que l'année précédente (+ 2,3 % contre + 0,8 %). Au total, l'évolution observée en 2008 retrouve pour les adultes comme pour les enfants handicapés le rythme constaté en 2006. Toutefois, cette évolution intègre une baisse sensible de l'offre en établissements, et une augmentation de + 12,5 % de l'offre de services en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile.

Au niveau national les taux d'équipement ont globalement progressé depuis 2004, sous l'impulsion notamment du plan pluriannuel « personnes handicapées » qui prévoyait une augmentation des places de maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisés (7 100 places), un développement des services

d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et des services de soins infirmiers à domicile (4 500 places) et des services d'éducation spécialisée et de soins à domicile, avec 3 750 places en projets, sur la période 2005-2007. Au total, l'augmentation des taux d'équipement entre 2004 et 2008 est plus forte pour les adultes (+ 0,45 point) que pour les enfants (+ 0,35 point) et concerne la totalité des régions pour les adultes handicapés avec toutefois le maintien des disparités régionales.

Sur le secteur des enfants handicapés, 26 départements ont vu leur taux d'équipement baisser par rapport à 2004, dont six d'au moins un point. La plupart de ces départements présentent néanmoins en 2008 un taux d'équipement supérieur à la moyenne. Cette diminution du taux d'équipement peut s'expliquer par des opérations de transformation (établissements accueillant des enfants en internat) ou par la modification de comportement de certaines régions ayant la capacité désormais d'offrir une solution à proximité du domicile de ces ressortissants.

c) Les prévisions pour 2010

Le défi du plan handicap sera relevé en 2010, puisque la mise en œuvre de ce plan va mobiliser plus de 360 millions d'euros de ressources nouvelles en faveur des établissements et services pour personnes handicapées. Au total, ce sont donc près de 5 500 places nouvelles qui seront financées en 2010 par l'assurance maladie.

Concernant les enfants, les efforts seront poursuivis pour améliorer la prévention et l'accompagnement pour la scolarisation en milieu ordinaire, avec la création ou l'extension de 15 centres d'action médico-sociale précoce, 12 centres médico-psycho-pédagogiques et 1 000 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile. Conformément aux plans annoncés par le Gouvernement, une attention particulière sera portée sur certains publics prioritaires, tels que les enfants autistes (300 nouvelles places en instituts médico-éducatifs et 200 en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile), les enfants déficients visuels (140 nouvelles places en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile), les enfants polyhandicapés (100 places en instituts médico-éducatifs et instituts médico-professionnels) et les enfants souffrant de déficience intellectuelle (150 places en instituts médico-éducatifs et instituts médico-professionnels).

Concernant les adultes, le Gouvernement continue de se mobiliser pour résorber les listes d'attente existantes. Comme en 2009, 1 800 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées et en foyers d'accueil médicalisé seront financées et 300 places de foyers de vie seront médicalisées. Les efforts porteront également sur le développement de l'offre de services à domicile afin de donner sa pleine effectivité au projet de vie des adultes handicapés qui souhaitent rester à leur domicile. Au total, ce sont donc 1 500 places nouvelles de services de soins infirmiers à domicile et de services d'accompagnement médico-social qui seront créées, dont 500 places de services d'accompagnement médico-social dédiées aux personnes handicapées psychiques.

CONCLUSION : QUELLES PERSPECTIVES POUR LE 5^E RISQUE ?

Le Président de la République a décidé de faire de la prise en charge de la dépendance un axe fort de son action et de celle du Gouvernement et il s'est engagé à créer un 5^e risque de la protection sociale.

Les orientations du Gouvernement ont été rendues publiques le 28 mai 2008. Il s'agit d'assurer la prise en charge de générations de plus en plus nombreuses qui seront touchées par la perte d'autonomie. Il s'agit également de permettre le maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie, quel que soit leur âge. Il s'agit, enfin, d'augmenter le nombre de places en établissements médicalisés et d'alléger le reste à charge pour les familles.

Pour ce faire, il convient de mettre en place des financements pérennes et innovants, justes et équilibrés, conjuguant tout à la fois la solidarité nationale, la prévoyance individuelle et collective, la solidarité familiale et la responsabilité individuelle. Interrogé par votre rapporteur, le Gouvernement a indiqué que les principes suivants faisaient l'objet d'une étude :

- garantir un socle élevé de financement par la solidarité nationale qui doit garder une place prépondérante, tant dans le champ de la compensation que dans le champ des établissements et services ;

- mettre en place un véritable partenariat public-privé avec les organismes de prévoyance individuelle et collective ;

- mieux prendre en compte les capacités contributives des personnes, en particulier de leur patrimoine par la mise en place d'une participation sur patrimoine au-delà d'un montant d'actif successoral à déterminer. Cette participation sur patrimoine résulterait du choix du bénéficiaire qui se verrait proposer soit la prestation à taux plein assortie de la participation sur patrimoine – qui pourrait d'ailleurs être plafonnée pour ne pas pénaliser les personnes restant longtemps en situation de dépendance –, soit la prestation à taux réduit sans participation sur le patrimoine.

Une concertation s'est engagée avec les partenaires sociaux et les grandes organisations du secteur du handicap et de la dépendance et le Parlement travaille activement sur le sujet : le Sénat a créé une mission d'information sur la prise en charge de la dépendance pilotée par MM. Marini et Vasselle qui a déjà publié un premier rapport d'étape ; et l'Assemblée nationale vient de créer une mission d'information, pilotée par Valérie Rosso-Debord, consacrée spécifiquement au financement du 5^e risque et qui devrait remettre ses conclusions au cours du premier trimestre 2010.

Il s'agit d'un dossier compliqué, surtout dans le contexte difficile que connaissent nos finances publiques, mais essentiel pour notre pays. Tous les acteurs travaillent en ce sens et ce dossier devra aboutir à un projet de loi déposé en 2010.

ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES AU MÉDICO-SOCIAL

La commission a examiné les articles relatifs au secteur médico-social, sur le rapport de Mme Isabelle Vasseur, au cours de ses séances des mardi 20 et mercredi 21 octobre 2009.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 33

Frais de transport des personnes handicapées

L'article 33 du projet de loi de financement a pour objet de confier aux établissements concernés, maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM), l'organisation des frais de transport des personnes adultes lourdement handicapées suivies en externat ou en semi-externat. Les établissements recevront, dans le cadre du forfait-soins, une dotation qui leur permettra de financer des transports plus efficaces, en privilégiant, comme le souligne l'exposé des motifs, « *le transport partagé de proximité* ».

A. UNE SITUATION QUI N'EST AUJOURD'HUI SATISFAISANTE POUR PERSONNE

L'application conjuguée de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et des nouveaux textes précisant les modalités de remboursement des frais de transports par l'assurance maladie s'est traduite par des difficultés de prise en charge des transports des personnes adultes handicapées accueillies en établissement, et principalement celles admises en accueil de jour dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM).

1. Le droit existant

Les conditions générales de prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie sont prévues par les articles L. 322-5 et R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

Sont pris en charge les frais de transport des assurés ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer soit vers des structures de soins pour

recevoir des soins ou subir les examens appropriés, soit pour se soumettre à un contrôle médical. Un décret en Conseil d'État du 23 décembre 2006 a précisé les conditions de prise en charge des transports. Le choix par le médecin du mode de transport prescrit doit être médicalisé, en fonction de l'importance des déficiences et incapacités, et de leurs incidences. Un référentiel de prescription des transports, opposable aux médecins et aux assurés, a été fixé, à l'issue d'une longue concertation, par l'arrêté du 23 décembre 2006.

L'article 12 de la loi du 11 février 2005 précitée a par ailleurs créé la prestation de compensation du handicap. Le troisième des cinq éléments qui composent cette prestation prend en charge les surcoûts liés aux transports des personnes handicapées ne relevant pas des articles L. 322-5 et R. 322-10 du code de la sécurité sociale. Ces surcoûts pris en compte doivent résulter de transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ annuel en congés, et sont plafonnés à 12 000 euros pour 5 ans, soit 200 euros par mois.

Or, les travaux conduits dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008 ont montré que l'élément « *frais de transports* » de la prestation de compensation du handicap (PCH) n'était pas adapté à toutes les situations individuelles. En effet, les montants versés au titre de cet élément sont insuffisants dans le cas de transports médicalisés ou quotidiens, du fait de la faiblesse du plafond décrit ci-dessus. Par ailleurs, la prise en charge des transports sur une base individuelle engendre une très faible mutualisation de ceux-ci, là où, parfois, plusieurs trajets pourraient être groupés sans pour autant remettre en cause la qualité du transport.

Dans les faits, certaines personnes handicapées ou leurs familles se sont ainsi vues exposées à des restes à charges importants. Face à des initiatives malheureuses de certaines caisses primaires d'assurance maladie décidant de ne plus rembourser les frais de transport des adultes handicapés, il a été demandé aux caisses, à titre dérogatoire, de maintenir les prises en charges existantes et de continuer à financer aux côtés des conseils généraux les frais de transports en accueil de jour.

2. La mise en place d'un groupe de travail

Afin d'apporter une réponse structurée à cette question, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été chargée, à l'initiative de Mme Valérie Létard, alors secrétaire d'État chargée de la solidarité, de piloter un groupe de travail pour proposer un dispositif rénové et pérenne d'organisation des transports et de prise en charge des frais afférents, qui permette de prendre en compte à la fois la totalité mais aussi la diversité des situations vécues par les familles et les personnes handicapées.

Composé de représentants des associations représentant les personnes handicapées, de représentants des départements et des maisons départementales des personnes handicapées, de directeurs d'établissement et d'associations

gestionnaires d'établissements, de représentants de services déconcentrés de l'État et des administrations centrales concernées ainsi que de représentants de la CNAMTS et de la caisse centrale de la MSA, le groupe s'est réuni à 7 reprises entre le 2 mars et le 2 juillet 2009.

Ce travail s'est appuyé sur deux enquêtes :

– une enquête auprès des associations et maisons départementales pour analyser les attentes et besoins, en termes de transport, des personnes handicapées et repérer, notamment, les situations problématiques pour lesquelles la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation ou du projet individuel se heurte à une problématique des frais de transport ;

– une enquête auprès des directions départementales, conseils généraux, établissements et services médico-sociaux et caisses primaires pour analyser les réponses actuelles apportées, en termes de transport, aux personnes handicapées, et notamment les coûts de transport, les pratiques des financeurs, les modalités de prise en charge des frais de transport et leur évolution, les restes à charge, les moyens de transport mobilisés et les bonnes pratiques transposables.

Le constat du groupe de travail est sans appel.

« *Le dispositif actuel est :*

- *producteur d'inégalités,*
- *producteur de restes à charge pour des personnes livrées à elles-mêmes face aux offres de transport,*
- *coûteux,*
- *pas toujours efficace,*
- *peu responsabilisant,*
- *peu lisible.* ⁽¹⁾ »

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

1. L'intégration des frais de transport dans le forfait « soins »

Afin de limiter le reste à charge pour l'usager et sa famille, trois options principales ont été étudiées dans le cadre du groupe de travail piloté par la CNSA :

– un déplafonnement au cas par cas de la prestation de compensation du handicap ;

(1) CNSA Rapport du groupe de travail Frais de transport des personnes en situation de handicap, juillet 2009.

– le remboursement individuel par les caisses primaires des frais présentés par l’usager ou sa famille ;

– une intégration des charges au budget de fonctionnement de l’établissement.

L’intégration des charges de transport au budget des structures, en ce qu’elle permet au directeur d’organiser ces transports, est de nature à permettre l’optimisation des coûts individuels et collectifs et la mise en place, le cas échéant, d’une mutualisation des transports entre résidents.

Il a été décidé, dans un premier temps, de traiter en priorité le cas des établissements accueillant en externat ou semi-internat (autrement appelés « accueil de jour ») des adultes lourdement handicapés en maisons d’accueil spécialisées et foyers d’accueil médicalisés. Il est en effet apparu que les cas les plus problématiques étaient liés aux situations où les retours à domicile étaient quotidiens, même si les retours en famille, pour les personnes en internat classique, peuvent engendrer des coûts supérieurs à la couverture financière par la prestation compensatoire.

Sur le modèle de celui qui a été retenu pour la prise en charge des transports des enfants handicapés entre domicile et établissements adaptés (article L. 242-12 du code de l’action sociale et des familles), il est nécessaire de donner une base légale à cette intégration, dans la mesure où il s’agit de créer une nouvelle catégorie de dépenses intégrées dans le budget soin des établissements médico-sociaux concernés.

Votre rapporteur s’interroge néanmoins sur la rédaction actuelle du texte qui ne permet pas de clarifier complètement la répartition des dépenses de transport entre la prestation compensatoire et, désormais, le budget de l’établissement. L’intention du Gouvernement est claire : l’établissement ne financera sur son budget que les déplacements consubstantiels à la prise en charge, c'est-à-dire, pour l’accueil de jour, les trajets entre le domicile et l’établissement, le matin et le soir. En revanche, les autres déplacements susceptibles de figurer dans le projet de vie de la personne handicapée continueront d’être financés par la prestation compensatoire. Une clarification rédactionnelle est nécessaire et votre rapporteur vous proposera un amendement en ce sens.

2. Les effets attendus de la mesure

Cette intégration ne peut toutefois être réalisée que progressivement, puisque des mesures d’accompagnement en matière d’aide à l’organisation des transports doivent être mises en œuvre.

Il convient de recenser au niveau national l’offre effective d’accueils de jours en maisons ou foyers d’accueil, ainsi que les projets financés mais non

installés, afin de notifier de manière précise aux agences régionales de santé les crédits correspondants à leur équipement.

En outre, les établissements concernés doivent s'organiser pour exercer cette nouvelle responsabilité, contacter les transporteurs et travailler avec les familles pour mettre en place, le cas échéant, de nouveaux modes de transports.

Cette mesure devrait contribuer à une meilleure régulation du secteur des transports destinés aux personnes handicapées. Elle pourrait notamment permettre le développement de transports mieux adaptés. Elle encourage aussi les gestionnaires d'établissements à mutualiser les transports, en lieu et place d'un système actuel de remboursement de transports individuels.

Pour les usagers et leur famille, elle devrait permettre une simplification puisqu'ils n'auront plus besoin de rechercher eux-mêmes un transporteur et de négocier les tarifs avec lui. Devraient également disparaître les démarches individuelles jusqu'ici nécessaires pour obtenir la prise en charge des frais de transport.

La mise en œuvre de cette mesure nécessite la publication d'un décret en Conseil d'État, impliquant notamment la consultation et l'avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Ce décret sera accompagné d'une circulaire de présentation de la mesure. La publication de ces deux textes est prévue pour le premier trimestre 2010.

L'impact financier est estimé à 18 millions d'euros sur l'année 2010, pour les seuls résidents en accueil de jour. Il s'agit, au sein de l'ONDAM, de transférer ces 18 millions d'euros du sous-objectif « *soins de ville* » vers le sous-objectif « *contribution de l'assurance-maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées* ».

Pour votre rapporteur, ce dispositif ne doit être qu'une première étape : l'année 2010 doit être mise à profit pour affiner les conditions d'une intégration des frais de transport dans les budgets des établissements pour les autres modes d'accueil, ce que réclament de nombreuses associations.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 45 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Suivant les recommandations formulées par un groupe de travail qui a réuni toutes les parties prenantes, cet amendement vise à améliorer la prise en charge des frais de transport des personnes accueillies en externat ou en semi-externat par les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur pour le médico-social. Avis défavorable. Le dispositif que vous proposez serait moins généreux que celui prévu par le Gouvernement.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Pour ma part, je m'interroge sur les bénéficiaires de la mesure : il ne faudrait pas oublier que les personnes âgées très dépendantes souffrent des mêmes difficultés de transport que les personnes adultes lourdement handicapées.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 283 du rapporteur.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Afin d'éviter des interprétations divergentes, l'amendement précise que les transports pris en charge correspondent aux trajets entre le domicile et l'établissement fréquenté.

La Commission adopte cet amendement (amendement n° 41).

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS 285 du rapporteur (amendement n° 42).

Puis elle est saisie de l'amendement AS 284 du rapporteur.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. L'article 33 gardant le silence sur le financement des frais de transport qui seront intégrés dans les budgets des établissements, on pourrait penser que cette charge revient, au moins pour partie, aux conseils généraux. Or, ce n'est pas du tout l'intention du gouvernement : le transfert d'enveloppe entre l'ONDAM soins de ville et l'ONDAM médico-social a été calculé sur la base d'un financement intégral par l'assurance maladie. L'amendement confirme donc ce financement par l'assurance maladie.

La commission adopte cet amendement (amendement n° 43).

Puis elle adopte l'article 33 modifié.

Article additionnel après l'article 33

Analyse des coûts des établissements sociaux et médico-sociaux par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

La Commission examine les amendements identiques AS 280 du rapporteur, AS 116 de Mme Marisol Touraine et AS 165 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Dans le but de renforcer la transparence du système, je propose de confier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) le soin de réaliser une analyse des coûts des établissements sociaux et médico-sociaux. Je précise que cet amendement est cosigné par Denis Jacquat.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Personne ne comprend plus rien aux coûts des établissements, à commencer par les patients, qui constatent d'importants écarts au sein d'un même département.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous devons veiller à ce que les patients bénéficient d'une bonne information sur les tarifs, et assurer une transparence plus grande en matière de formation des coûts.

La Commission adopte ces amendements (amendement n° 44). Les amendements identiques AS 136 de M. Pierre Morange et AS 251 de M. Rémi Delatte sont devenus sans objet.

Article additionnel après l'article 33

Possibilité pour un groupement de coopération social et médico-social de gérer une pharmacie à usage interne

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 279 du rapporteur.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Il serait utile que le secteur médico-social renforce la coordination territoriale entre les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, notamment en matière d'approvisionnement et de délivrance des médicaments. Or, il n'existe pas aujourd'hui d'outil juridique permettant à un groupement de coopération social et médico-social de gérer une pharmacie à usage interne pour le compte de plusieurs établissements. L'amendement a pour objet de leur donner compétence dans ce domaine.

M. Dominique Tian. Je retire mon amendement AS 279 qui a le même objet et je voudrais cosigner l'amendement du rapporteur, s'il en est d'accord.

M. Yves Bur. Il s'agit d'un excellent amendement.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Une remarque, si vous le permettez : il y a quelques années, nous avons intégré le coût des médicaments dans les dépenses prises en compte, puis nous sommes revenus sur cette décision. Et voilà que nous retournons à la case départ. Cessons de jouer au yoyo, car personne n'y comprend plus rien.

La Commission adopte cet amendement (amendement n° 45).

Après l'article 33

La Commission examine les amendements AS 44 de M. Jean-Luc Prél, AS 211 de M. Dominique Tian et AS 250 de M. Rémi Delatte.

M. Jean-Luc Prél. Il s'agit d'introduire des coefficients correcteurs pour compenser les différences d'obligations entre les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux.

M. Rémi Delatte. Mon amendement étant quasiment identique à celui examiné plus tôt sur le secteur hospitalier, je le retire.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. La convergence tarifaire est en cours d'élaboration. Il serait prématuré de modifier le dispositif avant même que les décrets d'application soient publiés. En outre, nous risquerions d'ouvrir la porte à toutes les dérogations en adoptant cette proposition.

La Commission rejette ces amendements.

Article additionnel après l'article 33

Gestion de la trésorerie des établissements du secteur social et médico-social

Elle examine ensuite les amendements AS 281 du rapporteur, AS 47 de M. Jean-Luc Prével et AS 227 de M. Dominique Tian.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Contrairement aux établissements du secteur hospitalier, les établissements du secteur social et médico-social ne sont pas autorisés à placer leur trésorerie. Mon amendement permettra à ces établissements d'utiliser la gestion financière afin de dégager des recettes supplémentaires.

La Commission adopte l'amendement AS 281 (amendement n° 46).

En conséquence, les amendements AS 47 et AS 227 n'ont plus d'objet.

Après l'article 33

L'amendement AS 226 de M. Tian est retiré.

Article additionnel après l'article 33

Prise en compte des spécificités d'entrée en vigueur des accords d'entreprise et des plans d'action dans les établissements sociaux et médico-sociaux, s'agissant de la pénalité relative à l'emploi des seniors

La Commission examine ensuite l'amendement AS 278 du rapporteur.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Cet amendement a pour objet de prendre en compte les spécificités d'entrée en vigueur des accords d'entreprise et des plans d'action dans les établissements sociaux et médico-sociaux, s'agissant de la pénalité relative à l'emploi des seniors.

La Commission adopte cet amendement (amendement n° 47).

Article additionnel après l'article 33

**Encadrement des procédures de conventionnement
avec les professionnels de santé**

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 276 du rapporteur et de l'amendement AS 72 de M. Jean-Luc Prével.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Afin que les professionnels de santé libéraux puissent coopérer avec des établissements sanitaires et médico-sociaux sans remise en cause de leur statut conventionnel, l'amendement précise que des différenciations ne peuvent pas être établies en fonction de leur mode d'exercice, lequel peut être classique ou s'inscrire dans le cadre d'une coopération.

M. Jean-Luc Prével. Avec l'autorisation de la rapporteure, j'aimerais cosigner son amendement.

L'amendement AS 72 de M. Jean-Luc Prével est retiré.

La Commission adopte l'amendement du rapporteur (amendement n° 48).

Après l'article 33

Puis elle est saisie de l'amendement AS 277 du rapporteur.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Bien que les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux contribuent largement à la formation des masseurs kinésithérapeutes et des orthophonistes, une grande partie de ces derniers choisissent d'exercer à titre libéral sitôt le diplôme obtenu. Compte tenu du *numerus clausus* en vigueur, de nombreux établissements font face à de graves difficultés.

Pour y remédier, cet amendement tend à transposer le dispositif applicable aux infirmières, en prévoyant une durée minimale d'expérience professionnelle dans un établissement de santé avant toute installation en milieu libéral.

M. Jean-Luc Prével. L'intention est louable, mais il faudrait mener au préalable une négociation avec les professionnels de santé concernés. La mise en œuvre brutale d'une telle mesure nous exposerait à de réels problèmes.

M. Yves Bur. La gestion des pénuries ne justifie pas nécessairement des différences de traitement entre les professionnels de santé. Certains sont aujourd'hui libres de leur choix, tandis que d'autres, notamment les infirmières, ne le sont pas. N'imposons pas des contraintes supplémentaires aux orthophonistes et aux masseurs kinésithérapeutes, alors que nous avons déjà des difficultés de recrutement.

M. Claude Leteurtre. En réservant de telles obligations à certaines catégories professionnelles, nous instaurons des discriminations inacceptables. Il

est difficile de comprendre pourquoi les médecins, par exemple, ne sont pas concernés.

M. Paul Jeanneteau. Y a-t-il eu des contacts avec les organisations représentant les professions visées par cet amendement ?

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Des dispositions similaires sont déjà applicables aux infirmières. Chacun sait qu'elles donnent l'exemple dans bien des domaines... Cela étant, j'accepte de retirer l'amendement.

M. Denis Jacquat. Ne négligeons pas ce problème, car nous manquons de personnel.

M. Pierre Morange. La fixation d'une durée minimale pose un problème juridique.

L'amendement est retiré.

La Commission examine l'amendement AS 115 de Mme Marisol Touraine.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. À la différence des personnes handicapées hébergées en maison d'accueil spécialisée, soumises au paiement du forfait hospitalier sans pouvoir bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire, celles qui résident dans des établissements relevant de l'aide sociale peuvent conserver 30 % du montant de l'allocation aux adultes handicapés normalement versé. L'amendement a pour objet de remédier à cette inégalité de traitement.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Je suis d'avis d'adopter cet amendement, quitte à retravailler sa rédaction d'ici la séance.

M. Denis Jacquat. Je crains fort que cette proposition ne se heurte à un problème de recevabilité financière.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est, en effet, irrecevable.

L'amendement est retiré.

Article additionnel après l'article 33

Extinction du financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

La Commission examine l'amendement AS 345 du rapporteur.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Je propose de transférer aux caisses d'allocations familiales le financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Bien qu'elle soit versée par les

caisses, cette majoration est aujourd'hui à la charge de la CNSA, ce qui a pour effet de minorer d'environ 20 millions d'euros les crédits alloués aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap. J'ajoute que l'ouverture de cette prestation aux enfants devrait permettre aux caisses de réaliser des économies et que le transfert prévu par l'amendement serait étalé sur une période de deux ans.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. Cet amendement permettrait sans doute de clarifier le financement de l'allocation d'éducation, mais on peut avoir quelques doutes sur la « montée en puissance » de la prestation de compensation évoquée par notre collègue : 13 182 familles en bénéficient aujourd'hui au titre d'un enfant handicapé, alors que l'allocation d'éducation compte 171 000 allocataires. Afin que le passage d'une prestation à l'autre n'ait pas pour effet de réduire l'accompagnement des familles d'enfants handicapés, il conviendrait, par ailleurs, de commencer par améliorer l'adaptation de la prestation complémentaire à leur situation. Par conséquent, je suis défavorable à cet amendement.

La Commission adopte cet amendement (amendement n° 49).

Article additionnel après l'article 33

Sécurisation de la convention collective nationale des établissements privés de soins, de cure et de garde à but non lucratif

La Commission est saisie des amendements identiques AS 282 du rapporteur, AS 2 de M. Jean-Marie Rolland, AS 69 de M. Jean-Luc Prével, AS 199 de M. Dominique Tian et AS 252 de M. Rémi Delatte.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Il s'agit de sécuriser l'application de la convention collective nationale des établissements privés de soins, de cure et de garde à but non lucratif, qui a été modifiée en 2002 par un avenant soutenu par les organisations syndicales majoritaires. Plusieurs arrêts de la Cour de cassation risqueraient d'aboutir à un surcoût de 200 millions d'euros, si les recours individuels se généralisaient.

La Commission adopte ces amendements (amendement n° 50).

Article additionnel après l'article 33

Rapport sur la formation des personnels travaillant en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

Elle examine ensuite l'amendement AS 12 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Isabelle Vasseur, rapporteur. Cet amendement demande au Gouvernement d'étudier les améliorations qui pourraient être apportées à la formation des personnels attachés aux établissements d'hébergement pour

personnes âgées, afin de mieux prendre en charge les patients. Je rappelle que c'est une demande des établissements concernés et qu'un accord cadre, conclu en 2005, devait inciter les établissements à proposer à leur personnel non qualifié de s'engager dans une validation des acquis de l'expérience ou de suivre des formations d'aides-soignants accessibles par voie de concours.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est également souhaitable dans le cadre de la sécurisation des parcours professionnels, que des crédits soient orientés vers ces métiers, aujourd'hui beaucoup moins bien dotés que d'autres dans le domaine de la formation professionnelle. Nous devons faire en sorte que les organismes paritaires collecteurs agréés respectent cet objectif.

La Commission adopte cet amendement (amendement n° 51).

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** – M. Laurent Vachey, directeur
- **Direction générale de l'action sociale (DGAS)** – M. Fabrice Heyriès, directeur général, Mme Sabine Fourcade, chef de service adjointe au directeur général, et Mme Virginie Magnant, sous-directrice des institutions, des affaires juridiques et financières
- **Fédération nationale des personnes âgées en établissement et de leurs familles (FNAPAEF)** – M. Bernard Liot, membre du conseil d'administration
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)** – M. Antoine Dubout, président, et M. Yves-Jean Dupuis, directeur général
- **Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA)** – M. Emmanuel Verny, directeur général, Mme Ingrid Ispenian, directrice juridique et Mme Florence Puig, directrice de la communication
- **Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales (FEGAPEI)** – Mme Hélène Marie, responsable adjointe du département gestion, évaluation et financement, M. Antoine Fraysse, responsable du service délégations régionales et relations institutionnelles, et M. Thierry Weishaupt, responsable des relations institutionnelles
- **Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)** – M. Régis Devoldère, président, et M. Thierry Nouvel, directeur général
- **Assemblée des départements de France** – M. Luc Broussy, conseiller général délégué du Val d'Oise, et Mme Marylène Jouvien, chargée des relations institutionnelles
- **Syndicat national des établissements et résidences pour personnes âgées (SYNERPA)** – M. Yves Journal, président, et Mme Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale
- **Mme Nora Berra**, secrétaire d'État chargée des Aînés, auprès du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Gérard Vincent, délégué général, et Mme Virginie Hoareau, adjointe au responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale