

N° 3869

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2011.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2012* (n° 3790)

TOME III

MÉDICO-SOCIAL

PAR MME BÉRENGÈRE POLETTI,

Députée.

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 5, 8, 10 à 32, 62 à 68** figurent dans le rapport de M. Yves Bur, sur les recettes et l'équilibre général (n° 3869, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **6, 7, 9, 33 à 36, 39 à 48 et 53 à 56** figurent dans le rapport de M. Jean-Pierre Door, sur l'assurance maladie et les accidents du travail (n° 3869, tome II).

Les débats en commission sur les articles **37 et 38** figurent dans le rapport de Mme Bérengère Poletti sur le secteur médico-social (n° 3869, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **49 à 52, 60 et 61** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur l'assurance vieillesse (n° 3869, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **57 à 59** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur la famille (n° 3869, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 3869, tome VI.

SOMMAIRE

| | Pages |
|--|-------|
| INTRODUCTION | 7 |
| I.- LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL TRAVERSE DES RÉFORMES IMPORTANTES | 9 |
| A. L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL..... | 9 |
| 1. Le transfert de la compétence de l'État aux agences régionales de santé en matière de développement de l'offre médico-sociale | 9 |
| <i>a) La compétence des agences régionales de santé en matière médico-sociale</i> | 9 |
| <i>b) Le recours aux appels à projets pour le développement de l'offre sociale et médico-sociale</i> | 10 |
| 2. L'amélioration du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées..... | 13 |
| <i>a) La question de la compensation des postes vacants par l'État</i> | 14 |
| <i>b) La loi du 28 juillet 2011</i> | 15 |
| B. LES RÉFORMES DE TARIFICATION DOIVENT ÊTRE POURSUIVIES..... | 16 |
| 1. La tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes..... | 16 |
| <i>a) La tarification à la ressource des établissements</i> | 16 |
| <i>b) La réintégration des médicaments dans le forfait soins</i> | 16 |
| 2. La tarification des services de soins infirmiers à domicile..... | 17 |
| 3. La nécessaire réforme des services d'aide et d'accompagnement à domicile..... | 19 |
| <i>a) La tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile</i> | 19 |
| <i>b) Des services qui connaissent de grandes difficultés financières</i> | 20 |
| 4. Vers une réforme de la tarification des établissements pour personnes handicapées ?..... | 22 |
| II.- LE BUDGET 2012 TRADUIT UN TRÈS IMPORTANT EFFORT EN FAVEUR DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL | 23 |
| A. LA CONSTRUCTION DU BUDGET DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE..... | 23 |
| 1. Les exécutions budgétaires 2010 et 2011 | 23 |
| 2. Le budget pour 2012..... | 26 |

| | |
|---|----|
| <i>a) Les ressources propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i> | 26 |
| <i>b) L'ONDAM et l'objectif global de dépense</i> | 27 |
| <i>c) Autorisations d'engagements et crédits de paiement</i> | 29 |
| B. LES ACTIONS À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES..... | 30 |
| 1. Le financement des établissements | 30 |
| <i>a) La poursuite du plan « Solidarité grand âge »</i> | 30 |
| <i>b) La poursuite de la médicalisation</i> | 36 |
| 2. Le Plan Alzheimer | 37 |
| 3. Le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie..... | 43 |
| <i>a) Une dépense toujours dynamique</i> | 44 |
| <i>b) Une charge de plus en plus lourde pour les départements</i> | 44 |
| C. LES ACTIONS À DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPÉES..... | 46 |
| 1. L'exécution du Plan Handicap | 46 |
| 2. Le financement de la prestation de compensation du handicap et des maisons départementales des personnes handicapées..... | 49 |
| <i>a) Le concours de la CNSA à la section III</i> | 49 |
| <i>b) Le concours versé aux départements</i> | 50 |
| <i>c) Le financement des maisons départementales des personnes handicapées</i> | 51 |
| EXAMEN DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À LA BRANCHE MÉDICO-SOCIAL | 53 |
| QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012 | 53 |
| Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie | 53 |
| <i>Article 37 : Expérimentation d'une modulation du forfait soins des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes en fonction de leur performance</i> | 53 |
| <i>Après l'article 37</i> | 60 |
| <i>Article additionnel après l'article 37 : Rapport sur les écarts de coûts supportés par les établissements et service résultant de la législation sociale et fiscale</i> | 62 |
| <i>Article additionnel après l'article 37 (article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles) : Suspension de la convergence tarifaire des établissements</i> | 63 |
| <i>Article additionnel après l'article 37 (article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles) : Expérimentation de dérogations tarifaires permettant de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social</i> | 64 |
| <i>Article additionnel après l'article 37 (article L.314-9-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Tarification des services de soins infirmiers à domicile</i> | 64 |

| | |
|--|----|
| <i>Article 38</i> (article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) : Plan d'aide à l'investissement 2012 dans les établissements médico-sociaux..... | 65 |
| <i>Après l'article 38</i> | 68 |
| ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES | 69 |

INTRODUCTION

Plus encore que les années précédentes, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 traduit la priorité que la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées constitue pour le Gouvernement.

C'est grâce à un effort constant de redressement des comptes sociaux, qui a été tenu malgré le contexte économique, qu'il est en mesure de dégager des marges de manœuvre pour financer cette priorité.

Ainsi, avec un taux d'évolution de 4,2 % pour l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social en 2012 (contre + 3,8 % en 2011), l'effort en direction des personnes âgées et des personnes handicapées est, malgré la crise, amplifié. Ainsi, pour 2012, plus de 0,5 milliard d'euros de mesures nouvelles seront consacrées aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

L'effort est encore plus manifeste pour les personnes âgées, le sous-objectif de l'ONDAM qui leur est consacré augmentant de 6,3 %. Les 393 millions d'euros de mesures nouvelles permettront d'améliorer la qualité de leur prise en charge, à domicile comme en établissements, en menant à leur terme les plans « Solidarité grand âge » et « Alzheimer ». Ces moyens supplémentaires seront en outre mobilisés pour accélérer le recrutement de personnels soignants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : 140 millions d'euros sont ainsi prévus au titre de la « médicalisation » de ces établissements, soit plus de 83 000 places nouvelles.

Pour les personnes handicapées, la progression des moyens dans le secteur médico-social permet de mobiliser plus de 186 millions d'euros de mesures nouvelles, notamment pour couvrir les engagements du plan « Handicap ».

Votre rapporteure regrette que la réforme de la dépendance soit pour l'instant reportée, mais il n'en demeure pas moins que la prise en charge des personnes âgées dépendantes aura été une priorité constante de ce quinquennat. Ainsi, plus de 3 milliards d'euros supplémentaires leur auront été consacrés dans le cadre de l'ONDAM médico-social entre 2007 et 2012, soit une augmentation des deux tiers.

I.- LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL TRAVERSE DES RÉFORMES IMPORTANTES

A. L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

1. Le transfert de la compétence de l'État aux agences régionales de santé en matière de développement de l'offre médico-sociale

Dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale, la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » a procédé à des réformes importantes en transférant un certain nombre de compétences aux nouvelles agences régionales de santé et en refondant le processus d'autorisation des nouvelles structures avec la mise en place des appels à projet.

a) La compétence des agences régionales de santé en matière médico-sociale

La loi « HPST » a transféré la compétence de l'État aux agences régionales de santé (ARS) en matière de développement de l'offre médico-sociale.

L'objectif était de décloisonner la politique de santé publique et la politique médico-sociale. Le secteur médico-social connaît des tendances sociodémographiques parmi les plus dynamiques sous l'effet conjugué de l'arrivée au grand âge de générations de plus en plus nombreuses et du vieillissement de la population handicapée. Les populations concernées par cet objectif sont celles pour lesquelles il existe un enjeu particulier en matière de parcours de soins, de prévention et de prise en charge : personnes handicapées, personnes âgées, personnes en difficultés sociales.

D'autre part, il s'agissait de donner un nouveau cadre d'action territoriale pour piloter le développement de l'offre médico-sociale et coordonner les politiques conduites par les conseils généraux et celle déterminée par les agences régionales de santé.

Avec la même logique a été conduite la refonte du droit des schémas sociaux et médico-sociaux.

L'article 40 la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi « HPST » (dite « loi Fourcade ») encadre les dispositifs de concertation prévus pour l'élaboration des différents schémas d'organisation sociale et médico-sociale. Il dispose que « *ces schémas sont arrêtés après consultation des unions, fédérations, et regroupements représentatifs des usagers et des gestionnaires de ces établissements et services dans des conditions définies par décret* ». Le décret devrait paraître avant la fin du premier trimestre 2012.

La création des agences régionales avait suscité une certaine inquiétude dans le secteur médico-social qui craignait de voir sa spécificité diluée au sein des préoccupations que l'on craignait exclusivement sanitaires de leurs directeurs. Après avoir interrogé l'ensemble de ses interlocuteurs sur ce point, votre rapporteure estime qu'aujourd'hui ces inquiétudes sont en grande partie dissipées. Le secteur médico-social est loin d'être négligé par les agences régionales.

b) Le recours aux appels à projets pour le développement de l'offre sociale et médico-sociale

La loi « HPST » a mis en place une nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux par appel à projets, dont les modalités ont été précisées par le décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010.

Cette réforme a mis fin aux lourdeurs d'un système d'examen des projets de création des établissements et services sociaux et médico-sociaux reposant sur les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, et à l'inscription sur une liste d'attente d'une durée légale de trois ans, non acquisitive de droit à autorisation.

La procédure d'appel à projets permet :

- d'inscrire la sélection des projets de prise en charge sociale ou médico-sociale dans l'approche collective et concertée des besoins définis en commissions spécialisées des conférences régionales de santé et d'autonomie (CRSA) ;
- de clarifier les niveaux stratégiques (schémas et programmes) et opérationnels (procédure de l'appel à projet) ;
- d'offrir davantage de garanties aux promoteurs avec une procédure comparative plus formalisée et transparente ;
- de garantir une adéquation entre les moyens financiers disponibles et les projets sélectionnés, permettant le financement immédiat des projets sélectionnés par l'autorité publique compétente contrairement à l'ancien dispositif qui n'offrait aucune lisibilité à leurs promoteurs ;
- de renforcer l'association des représentants des usagers ;
- et enfin de prendre en compte l'innovation ou l'expérimentation. Ce dernier objectif est très important, car la mise en place d'une procédure d'appels à projet, si elle permet de mieux organiser le développement de l'offre, comporte le risque d'éteindre les initiatives locales ; il est donc important que les cahiers des charges laissent la place à l'innovation et à l'expérimentation.

Après un an de mise en œuvre de cette nouvelle procédure, une évaluation des objectifs rappelés ci-dessus est en cours à la direction générale de la cohésion sociale en lien avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette évaluation devrait être disponible avant la fin octobre 2011.

**Revue des appels à projet publiés dans le champ de compétence des ARS
(exclusive ou conjointe avec les départements)**

| | Compétence exclusive ARS | Compétence conjointe ARS/DPTS |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| Secteur Enfants handicapés | | |
| Instituts médicaux éducatifs (IME) | 1 | |
| Services d'éducation spécialisés et de soins à domicile (SESSAD) | 1 | |
| Instituts éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques (ITEP) | 1 | |
| SESSAD à caractère innovant pour infirmité motrice cérébrale | 1 | |
| Dispositif expérimental au sens du 12ème alinéa du L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles | | 1 |
| S/Total enfants | 4 | 1 |
| Secteur Adultes handicapés | | |
| Maisons d'accueil spécialisées (MAS) | 2 | |
| Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) | 1 | |
| Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) | 2 | |
| Centre de ressources pour l'autisme (CRA) | 1 | |
| Foyers d'accueil médicalisés (FAM) | | 3 |
| Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) | | 2 |
| Service expérimental d'accompagnement pour jeunes adultes en situation d'amendement « Creton » au niveau régional | 2 | |
| Équipe mobile soignante pour répondre aux besoins de soins des personnes handicapées suivies en Foyer d'accueil spécialisé (FAS) | | 1 |
| Service expérimental d'accompagnement pour jeunes adultes autistes | 1 | |
| Équipe mobile pluridisciplinaire d'accompagnement pour adultes autistes | 1 | |
| S/Total Adultes | 10 | 6 |
| Secteur Personnes âgées | | |
| Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) | 11 | |
| SSIAD renforcé Alzheimer | 2 | |
| Équipes spécialisées pour Alzheimer (ESA) | 2 | |
| Centre Accueil de Jour | | 1 |
| Établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) | | 3 |
| Unités pour personnes âgées dépendantes | | 1 |
| Plate forme de services (HT/AJ/SSIAD) | | 1 |
| Établissements innovant pour personnes âgées Alzheimer (avec Accueil de Jour et Hébergement Temporaire) | | 1 |
| S/Total Personnes âgées | 15 | 7 |
| Secteur des addictions | | |
| Appartement de coordination thérapeutique (ACT) | 5 | |
| Lit Halte Soins Santé (LHSS) | 1 | |
| Appartement de coordination thérapeutique (ACT) à caractère innovant pour sortant de prison | 1 | |
| S/Total Addictions | 7 | 0 |
| TOTAL | 36 | 14 |

Source : CNSA et direction générale de la cohésion sociale.

Il est possible d'indiquer d'ores et déjà que les départements, les services déconcentrés de l'État et les agences régionales de santé, depuis août 2010, ont surtout veillé à s'approprier la réforme, tout en assurant la bonne instruction des projets ayant fait l'objet d'un début d'examen dans le cadre de la procédure antérieure. En particulier, la préparation de la mise en place des commissions de sélection d'appel à projet social ou médico-social, dont la première composition suppose de nombreux échanges avec les acteurs du secteur, a largement mobilisé les administrations concernées.

On dénombre une cinquantaine d'appels à projet en un an, lancés principalement par les ARS, parmi lesquels une vingtaine concernent les personnes âgées, une quinzaine des enfants et adultes handicapés et le reste les addictions. On compte quatorze appels pour des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dont treize à destination des personnes âgées et un pour des personnes handicapées. Trois appels à projet seulement concernent des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La loi a prévu une période transitoire pour éviter un arrêt des créations de places pendant la mise en place de la nouvelle procédure. Ainsi, les ARS peuvent choisir de déroger à la procédure de l'appel à projet en retenant un projet ayant obtenu une autorisation de l'ancien comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSS) il y a moins de trois ans – sachant que les dernières autorisations ont été accordées fin 2010.

La direction générale de la cohésion sociale indique qu'une part importante des appels à projet recensés demande des réponses « innovantes » aux candidats ; en revanche, peu demandent des réponses « expérimentales ».

Certaines difficultés ont été mentionnées à votre rapporteure par les personnes qu'elle a auditionnées :

– la condition imposée par le cahier des charges de ne faire l'objet d'aucune injonction judiciaire est difficile à respecter pour association ou entreprises qui regroupent un grand nombre d'établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes ;

– le secteur public serait pénalisé par le fait que les délais imposés ne permettent pas de respecter les procédures imposées par le code des marchés publics ; cela dit, les établissements peuvent créer une association commune qui gère les dossiers d'appels à projet, évitant ainsi le recours à un bureau d'études par appel d'offre à chaque fois ;

– le seuil au-delà duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission de sélection ⁽¹⁾, fixé à une augmentation de 30 % ou à quinze places, serait trop bas.

(1) Article D. 313-2 du code de l'action sociale et des familles : « Le seuil mentionné au 1 de l'article L. 313-1-1 au-delà duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux

Votre rapporteure souligne qu'il est normal de prévoir un seuil pour les extensions, car au-delà d'une certaine taille, la question peut se poser de savoir s'il vaut mieux agrandir un établissement ou bien en créer un autre. En revanche, il sera peut-être nécessaire de revoir ce seuil quand l'expérience de la procédure sera plus approfondie ;

– s'agissant des transformations de places, l'article 38 de la loi « Fourcade » a éclairci la situation en énonçant, dans l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, que « *les transformations sans modification de la catégorie de prise en charge sont exonérées de la procédure d'appel à projet* ». Ces opérations ne sont, en revanche, pas exemptées de la procédure d'autorisation préalable.

2. L'amélioration du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été créées par la loi du 11 février 2005 pour devenir les interlocuteurs uniques des personnes handicapées et les accompagner dans leurs démarches.

Elles sont constituées sous la forme juridique d'un groupement d'intérêt public (GIP), sous tutelle administrative et financière du département, dont sont membres de droit le département, l'État, les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales. Elle est administrée par une commission exécutive à laquelle participent les membres de droit, des représentants d'associations de personnes handicapées (pour un quart des membres) et, le cas échéant, des représentants des autres membres du groupement prévus par la convention constitutive.

Les principales missions qui leur ont été confiées portent sur l'information, l'accueil et l'écoute des personnes handicapées, l'aide à la définition de leur projet de vie, l'évaluation des demandes, les décisions d'attribution de droits, prestations et orientation et, enfin, l'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre desdites décisions.

Les maisons départementales sont financées par l'État, depuis le programme 157 de la mission Solidarité, et par la CNSA.

doivent être soumis à la commission de sélection correspond à une augmentation de 30 % ou de quinze places ou lits de la capacité initialement autorisée, que cette augmentation soit demandée et atteinte en une ou plusieurs fois. « Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux mentionnées au II de l'article L. 313-1-1 correspondent au rassemblement par un même gestionnaire de ceux de ses établissements et services déjà autorisés. Elles ne sont pas soumises à la commission de sélection si elles ne s'accompagnent pas d'une extension de capacité supérieure au seuil mentionné à l'alinéa précédent et ne modifient pas les missions des établissements et services concernés ».

a) La question de la compensation des postes vacants par l'État

Les moyens apportés par l'État correspondent aux moyens mobilisés dans le cadre du dispositif d'évaluation et d'orientation des personnes handicapées préexistant à la création des MDPH (commissions départementales de l'éducation spéciale, commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel – COTOREP, sites pour la vie autonome). Il s'agit à la fois des crédits et des fonctionnaires de l'État qui travaillaient jusqu'en 2005 dans ces structures, soit environ 1 500 équivalent taux plein, et qui, à partir de 2006, sont mis à disposition des MDPH.

Toutefois, le décalage entre ce montant théorique et le nombre des personnes réellement mises à disposition s'est creusé au fil des ans, certains fonctionnaires ayant dès le départ refusé d'être mis à disposition, d'autres étant repartis dans leur administration d'origine, et enfin certains ayant pris leur retraite. C'est ainsi que l'État doit verser aux MDPH une « compensation des postes vacants ».

Des mécanismes pérennes ont été progressivement organisés pour la compensation des postes vacants : mise en œuvre d'un mécanisme de fongibilité asymétrique en cas de fin de mise à disposition liée à un départ en retraite ou une mutation dans un autre département, en l'absence de remplacement possible (circulaire ministérielle du 30 octobre 2006) ; à partir de 2009, versements pour la compensation des autres postes vacants, lorsque l'agent rentre dans son administration d'origine ; à compter de 2010, mise en place d'une organisation nationale budgétaire et comptable : inscription en loi de finances initiale du montant connu au moment de la construction budgétaire et enquête d'actualisation des effectifs en septembre qui permet calculer un versement correctif.

Ainsi, depuis 2010, les règles de compensation sont claires et l'État ne constitue plus de nouvelle dette vis-à-vis des maisons départementales. Le montant budgété en 2011 et 2012 pour la compensation des emplois s'élève à 57 millions d'euros.

Reste la question de l'apurement de la dette constituée par l'État à l'égard des MDPH entre 2006 et 2009. L'évaluation de son montant a fait l'objet de discussions et de désaccords entre l'État et les maisons départementales.

Les montants dus au titre de la compensation des postes vacants sont calculés en valorisant les postes vacants⁽¹⁾. Ainsi, lorsque l'agent quitte son service d'origine (départ en retraite, mutation), le mécanisme de fongibilité asymétrique est appliqué. Le poste est valorisé selon la catégorie en fonction du salaire moyen de la catégorie. Lorsque l'agent revient dans son administration d'origine, le poste est valorisé sur une base forfaitaire de 30 000 euros par an.

(1) Selon les dispositions rappelées dans l'instruction du 8 avril 2011.

La dette de l'État vis-à-vis des MDPH a été comblée année après année grâce à des crédits exceptionnels, notifiés à partir du programme 157 : 7,9 millions d'euros en 2006 (circulaire ministérielle du 30 octobre 2006), 8,5 millions d'euros en 2007 (circulaire du 2 novembre 2007).

Cependant, les relations budgétaires entre l'État et les MDPH via les directions départementales ayant été mal suivies, ces derniers ne s'accordaient pas sur les montants qui avaient été effectivement versés pour la compensation. La direction générale de la cohésion sociale a effectué un très important travail de retraçage des dotations versées au titre de la compensation. Lorsque les crédits n'ont pu être retracés, elle a donné raison aux maisons départementales.

Au terme de ces vérifications, la direction générale estime à 24,6 millions d'euros la dette résiduelle due par l'État aux MDPH. Une première délégation, concernant 69 départements, a été effectuée en juin 2011 pour un montant de 15,1 millions d'euros. Le solde sera délégué fin 2011 au vu des résultats de l'enquête sur l'évolution des effectifs de septembre 2011.

b) La loi du 28 juillet 2011

La loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap conforte le statut de groupements d'intérêt public (GIP) des MDPH, en précisant notamment que ces groupements sont créés pour une durée indéterminée.

Cette loi apporte un cadre renouvelé pour les relations entre l'État et les MDPH. Ainsi, le dispositif conventionnel est modifié. À la convention constitutive des maisons, seront annexés :

– une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) conclue entre la maison et les différents membres du GIP, déterminant les missions et les objectifs de la MDPH ainsi que les moyens prévisionnels alloués pour trois ans ;

– un avenant financier annuel qui précise les moyens alloués chaque année par les différents contributeurs et mentionne le montant du concours versé par la CNSA aux conseils généraux.

Il est prévu que ce nouveau dispositif conventionnel entre en vigueur au 1^{er} janvier 2013, la publication des textes d'application devant intervenir au début de 2012.

Par ailleurs, le mode de participation des agents de l'État au fonctionnement des MDPH est modifié. Ainsi, la loi prévoit désormais le principe d'une mise à disposition contre remboursement. La durée des mises à disposition passe de trois à cinq ans, afin d'améliorer la stabilité des personnels, et le délai de préavis pour le retour des agents dans les services de l'État est allongé à six mois.

B. LES RÉFORMES DE TARIFICATION DOIVENT ÊTRE POURSUIVIES

1. La tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

a) La tarification à la ressource des établissements

Sur ce sujet, votre rapporteure vous renvoie au commentaire de l'article 37 du présent projet de loi, à la fin du présent rapport.

b) La réintégration des médicaments dans le forfait soins

L'article 64 de la loi de financement pour 2009 avait prévu, à compter du 1^{er} janvier 2011, la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur, avec un double objectif : limiter l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées en établissement et mieux maîtriser les dépenses de médicaments.

L'instauration du principe d'un pharmacien d'officine référent pour l'établissement doit permettre d'améliorer le circuit du médicament et son bon usage au sein de l'EHPAD, en lien avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants.

L'article 64 consacre 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.

L'article 64 prévoyait la conduite d'une expérimentation, avant la mise en place généralisée de cette mesure, avec un bilan présenté au parlement en octobre 2010.

Pour mettre en place l'ensemble de ces dispositifs, une mission a débuté en 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 celui-ci, des circulaires ont été adressées aux directions régionales et départementales des affaires sociales dès le 6 août 2009 pour leur expliquer le principe et le déroulement de cette expérimentation ; de plus, une mission de l'Inspection générale de l'action sociale et du Conseil général des établissements de santé (CGES) a été mandatée pour le pilotage et le suivi de cette expérimentation et formuler des préconisations pour sa généralisation.

L'expérimentation a débuté le 1^{er} décembre 2009 ; elle inclut 276 EHPAD répartis sur l'ensemble du territoire en zones rurales et urbaines, et comportant des

EHPAD publics ou non. Une dotation, calculée sur la base des dépenses de médicaments remboursées au cours du premier semestre 2009 extrapolées à l'ensemble d'une année, a été versée aux établissements expérimentateurs, les versements étant mensualisés. Par ailleurs, la dotation inclut également la rémunération du pharmacien référent dans le cadre de ces nouvelles missions. Des indicateurs, tant qualitatif que quantitatif, ont été fixés pour permettre le suivi de la consommation des médicaments, nécessaires pour établir le rapport au Parlement qui devait être remis en octobre 2010.

Cependant, compte tenu des difficultés rencontrées pour mettre en place l'expérimentation et du manque de données, la mission IGAS-CGES n'a pas disposé d'éléments suffisants pour permettre d'envisager la réintroduction des médicaments dans les forfaits de soins à la date du 1^{er} janvier 2011.

L'article 82 de la loi de financement pour 2011 a donc prolongé de deux ans cette expérimentation dont l'échéance a été portée au 1^{er} janvier 2013. Cette prolongation permet de tenir compte des évolutions, notamment réglementaires, intervenues récemment : des textes juridiques ont été publiés tel celui sur l'obligation de transmission des listes de résidents aux caisses permettant le suivi de la consommation médicale et de l'activité des professionnels libéraux dans les EHPAD ou celui sur le renforcement du rôle du médecin coordonnateur et celui sur la place des intervenants libéraux dans ces établissements.

Après quelques mois d'incertitude pendant lesquels les établissements n'ont pas reçu de consignes, l'expérimentation reprend. L'inspecteur général des affaires sociales désigné pour piloter cette deuxième phase de l'expérimentation organisera très prochainement une réunion avec l'ensemble des établissements expérimentateurs. Un bilan de cette expérimentation sera communiqué à la fin de 2012.

2. La tarification des services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes et aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Les SSIAD sont un maillon essentiel de la politique de maintien à domicile des personnes âgées. Le plan « Solidarité grand âge » prévoit leur développement massif, qui appelle en parallèle, une révision des modalités de leur financement.

Actuellement, les montants alloués dans le cadre de la dotation globale de fonctionnement paraissent inadaptés pour la prise en charge de certains patients, notamment ceux qui nécessitent des soins et des passages plus fréquents. Ainsi, la tarification ne varie pas selon que le patient est lourdement ou faiblement

dépendant. Par ailleurs, il n'existe à ce jour aucun outil normalisé et validé qui soit utilisé par l'ensemble des services pour mesurer les besoins en soins des patients pris en charge.

Une étude menée conjointement par la direction générale de la cohésion sociale et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a été lancée en avril 2007 auprès de 36 SSIAD représentant plus de 2 000 patients. Les résultats de l'étude montrent que si, pour une partie des services, le coût moyen par bénéficiaire personne âgée est proche du coût moyen de référence pour les créations de places, il existe néanmoins des disparités fortes puisqu'un tiers des services a une dotation par patient inférieure au coût moyen de leurs patients, tandis qu'un autre tiers a une dotation supérieure d'au moins 10 % à leur coût moyen.

À partir de ce constat, un nouveau modèle de tarification a été proposé et validé par un comité de pilotage national. Ce modèle est un modèle mixte *per capita* qui repose sur un « score » patient comprenant un financement fixe pour les coûts de structure et un financement variable adapté à la charge en soins requise par chaque patient. Il donne lieu pour chaque SSIAD au calcul d'un « score » structure qui varie essentiellement en fonction de la taille du service et d'un « score » patient calculé à partir de quatorze variables discriminantes comprenant les caractéristiques du patient (dépendance, maladie et aides reçues) et des caractéristiques du service (zone de couverture et urbanisation).

Au niveau national, la dotation de l'année *n* serait divisée par le total des « scores » structures et des « scores » patients des SSIAD de l'année *n-1* afin d'obtenir la valeur du point, ce qui permettrait de déterminer ainsi la dotation budgétaire de chaque service.

Un des enjeux réside dans le fait de trouver la juste pondération du niveau de dépendance des personnes. En effet, il faut que le modèle soit neutre en terme de rentabilité pour le SSIAD quel que soit le niveau de dépendance du patient.

Afin de tester la faisabilité du modèle et d'évaluer les conséquences au niveau des structures de ces nouvelles modalités de tarification, la direction générale de la cohésion sociale, avec l'appui de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), a déployé fin 2010 une enquête nationale d'activité des SSIAD. La collecte et l'analyse des données a permis, d'une part de dresser une photographie de leur activité en 2010, et d'autre part de calculer les « scores » et de simuler ainsi les nouvelles dotations. Les données nationales brutes d'activité ont été présentées aux fédérations du secteur en mars 2011 et les simulations des dotations dans le cadre des nouvelles règles en juillet 2011.

La mise en œuvre de la réforme dans ses aspects juridiques nécessite la publication d'un ensemble de décrets et d'arrêtés. D'un point de vue pratique, la mise en place de la réforme devra être très progressive, afin de ne pas déstabiliser

le secteur. Dans un premier temps, les prochaines dotations pourraient être composées d'une partie correspondant à un pourcentage de la dotation historique et d'une autre partie correspondant à l'application du nouveau modèle. Le Gouvernement n'envisage par la mise en œuvre de cette réforme dans l'immédiat.

3. La nécessaire réforme des services d'aide et d'accompagnement à domicile

a) La tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) peuvent, d'un point de vue tarifaire, relever de deux régimes différents selon qu'ils sont autorisés (articles L. 313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles) ou agréés (article L. 7231-1 du code du travail). Cette possibilité de choisir entre deux modalités juridiques d'exercice de l'activité est appelée « droit d'option » et est prévue à l'article L. 313-1-2 du code de l'action social et des familles.

S'agissant des **services autorisés**, les tarifs sont déterminés par le président du conseil général sur la base de l'approbation des dépenses de personnels (selon leur niveau de qualification) et de structure (articles R. 314-132 et suivants du code de l'action social et des familles), ces deux ensembles donnant un coût horaire de structure auquel est ajouté un coût horaire de coordination, d'encadrement et de soutien. Le coût horaire d'intervention ou de structure est calculé sur la base du nombre d'heures d'intervention de tous les personnels visés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 314-130 du même code. Le processus de tarification donne lieu à la fixation d'un tarif horaire par catégorie d'intervenant, soit au total trois tarifs différents par service.

La tarification du service résulte d'une procédure budgétaire dite « contradictoire » en plusieurs étapes. Le budget prévisionnel transmis par la structure à l'autorité de tarification est étudié par cette dernière qui peut y apporter, en les motivant, des modifications. Le conseil général peut ainsi modifier des prévisions de recettes sous-évaluées, des dépenses « incompatibles avec les enveloppes limitatives de crédits » etc. Sous réserve des réponses apportées par le service, le conseil général autorise enfin un ensemble de recettes et de dépenses au regard d'une hypothèse d'activité, et notifie sa décision de tarification à la structure. Cette tarification tient compte des conventions collectives applicables au secteur et de la reprise des résultats des exercices antérieurs.

Toutefois, l'article R. 314-135 prévoit que par voie conventionnelle, le conseil général peut verser une dotation globale aux services autorisés. Si la réglementation qui encadre la tarification est précise, les pratiques observées s'en écartent souvent.

S'agissant des **services agréés** (agrément qualité), leur tarification est libre, l'évolution des tarifs des prestations étant néanmoins encadrée par un arrêté

annuel du ministre chargé de l'économie et des finances (article L. 347-1 du code de l'action social et des familles).

Les règles de tarification permettent en principe de tarifier de façon relativement fine les services d'aide à domicile, puisqu'elles permettent de distinguer les activités à travers les niveaux de formation et de qualification des personnels. Pour autant, la difficulté pour les services et les financeurs à suivre de façon analytique l'activité réalisée par telle ou telle catégorie de personnel amène certains conseils généraux à appliquer à chaque service un tarif unique, correspondant à la moyenne pondérée des tarifs par catégorie de personnel. Les déterminants des coûts pris en compte dans le calcul du tarif n'incluent ni les caractéristiques du territoire d'intervention, ni celles de la population aidée, ni d'éventuelles autres caractéristiques du service.

De plus, ces modalités de tarification sont appliquées partiellement et très diversement d'un département à l'autre.

Enfin, la multiplicité des financeurs de ces services contribue à compliquer la question de la tarification, dans la mesure où le tarif administré par le conseil général pour les services autorisés n'est pas opposable aux autres financeurs.

b) Des services qui connaissent de grandes difficultés financières

Malgré une croissance très forte au cours de ces dernières années, le secteur des services d'aide et d'accompagnement à domicile connaît de grandes difficultés financières, pouvant conduire dans certains cas à des dépôts de bilan.

Dans ce contexte, la ministre des solidarités et de la cohésion sociale a confié à votre rapporteure une mission, afin d'analyser les causes de cette crise et de proposer des modalités de soutien au secteur pour poursuivre sa modernisation et définir de nouvelles règles de tarification des services.

Les travaux conduits par votre rapporteure montrent qu'une partie des difficultés du secteur provient de l'insuffisante tarification dans certains départements et, d'autre part, de la charge trop importante des frais de gestion de certains services.

Dans un premier temps, un **fonds d'urgence de 50 millions d'euros** d'autorisations d'engagement et 25 millions d'euros de crédits de paiement devrait être créé dans le cadre du projet de loi de finances pour 2012 (mission *Solidarité*, programme *Handicap et dépendance*). Les crédits seront délégués très rapidement aux agences régionales de santé, qui devront, avec les conseils généraux, accompagner les services dans leurs restructurations. Il ne s'agira pas de d'encourager la mauvaise gestion, mais d'aider au rétablissement financier des services.

Dans un second temps, une refonte en profondeur du mode de régulation et de tarification de l'aide à domicile apparaît nécessaire. Le ministère des

solidarités et de la cohésion sociale travaille, avec l'Assemblée des départements de France (ADF) ainsi que les principales fédérations associatives et publiques du secteur de l'aide à domicile, à l'établissement d'un cahier des charges en vue de lancer un certain nombre d'expérimentations dans les départements volontaires et mener une réforme de la tarification.

L'Assemblée des départements de France (ADF) a formulé, dans le cadre de son rapport sur la perte d'autonomie de mai 2011, des propositions de réforme du régime de l'autorisation des services à domicile et de leur tarification. S'agissant du régime de l'autorisation, elle propose de passer d'une régulation tutélaire annuelle à une régulation contractualisée pluriannuelle.

S'agissant de la tarification, elle propose une contractualisation budgétaire dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), la forfaitisation concomitante des financements et du nombre d'heures d'interventions directes globales à effectuer dans un cadre contractualisé pluriannuel, l'adoption d'un système de participation des usagers (ticket modérateur) équitable, le dégagement de gains de productivité dans les tâches administratives des services comme des administrations départementales. Plus précisément, elle recommande le plafonnement global (et non individuellement salarié par salarié) des temps de « non-présence directe » des aides à domicile, (transports, coordination, réunions de synthèse, droit syndical), le plafonnement des dépenses de structure, le versement de 90 % du forfait global au cours de l'exercice concerné, et des 10 % restant en fonction des écarts entre objectifs et résultats, maîtrise des coûts et contraintes financières exogènes. Enfin, elle propose la mutualisation et la réaffectation des heures « perdues » par les services, notamment à cause des hospitalisations.

Le Gouvernement a également demandé un rapport à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des finances (IGF). Les pistes évoquées sont les suivantes :

- une tarification permettant de mieux prendre en compte la nature des activités des services et des besoins des usagers, tout en coordonnant l'intervention des multiples financeurs ; cette modalité de tarification ne vaut que pour les services tarifés par le conseil général, soit les structures autorisées et habilitées à l'aide sociale ;

- un régime d'autorisation repensé ; le régime du droit d'option est régulièrement remis en cause, et ce depuis son introduction par l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 ; il n'existe cependant pas de consensus sur le système de régulation unique qui pourrait venir remplacer le droit d'option si ce dernier était supprimé ;

- une tarification prenant en compte une contractualisation pluriannuelle ; les deux principales propositions de réforme se rejoignent autour de l'idée d'une contractualisation budgétaire pluriannuelle entre le tarifificateur et le service, liant

les financements alloués à l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs, en termes de qualité, de professionnalisation ou de contenu du service rendu ;

– l'élaboration d'un référentiel de coûts permettant de comparer l'efficacité des services ; il est nécessaire de disposer d'un référentiel des coûts et de données chiffrées fiables sur le secteur afin de mieux comparer les services entre eux, de calibrer les coûts standards et de travailler sur les disparités entre services.

Le rapport au Gouvernement de votre rapporteure sera remis à la ministre en décembre prochain et formulera des propositions pour réformer le secteur. Il s'appuiera notamment sur les expérimentations étudiées, sachant que votre rapporteure a d'ores et déjà constaté que certains départements s'en sortent bien dans le cadre législatif actuel.

4. Vers une réforme de la tarification des établissements pour personnes handicapées ?

Comme dans les autres secteurs, une réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes handicapées sera probablement nécessaire. L'objectif doit être une allocation optimale des moyens disponibles au plus près des besoins réels, afin que les établissements accueillant les personnes les plus lourdement handicapées bénéficient de ressources adaptées. Une telle réforme doit également permettre d'aller vers une plus grande égalité entre les territoires et les individus.

Une fois ces principes posés, il faut avoir en tête certaines contraintes : d'une part, il est certainement plus difficile dans le domaine du handicap de traduire en équation chiffrée la valeur de tel ou tel handicap ; cela supposera un travail à la fois théorique et pratique considérable. D'autre part, une réforme de la tarification implique forcément de nouveaux critères d'allocation de la ressource et donc la mise en œuvre d'une certaine convergence avec des gagnants et des perdants. Le secteur doit être prêt à accepter et à absorber une telle évolution.

II.- LE BUDGET 2012 TRADUIT UN TRÈS IMPORTANT EFFORT EN FAVEUR DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Dans ce projet loi de financement pour 2012, le Gouvernement confirme la priorité accordée au secteur médico-social depuis de nombreuses années, notamment à travers les trois plans structurants « Solidarité grand âge », « Handicap » et « Alzheimer ».

L'ONDAM médico-social connaît depuis presque dix ans une croissance largement supérieure à celle de l'ONDAM général, croissance qui bénéficie en grande partie au secteur des personnes âgées. Ainsi, le financement de ce secteur n'a pas été impacté par la crise économique et financière que traverse notre pays.

Pour 2012, le caractère privilégié de cette politique publique est confirmé, puisque l'ONDAM médico-social progresse de 4,2 % contre 2,8 % pour l'ONDAM général. La croissance du sous-objectif relatif aux personnes âgées est encore plus marquée : + 6,3 %.

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

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a pour mission de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile et en établissements dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire, et d'assurer une expertise sur ses domaines de compétence.

Ses ressources, mentionnées à l'article 11 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 (article L 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles), sont constituées de recettes propres et des contributions de certains régimes de sécurité sociale.

1. Les exécutions budgétaires 2010 et 2011

Depuis 2009, la CNSA présente des résultats déficitaires. Malgré une sous-consommation de l'objectif global de dépenses (OGD), elle demeure déficitaire en 2010, à hauteur de 292 millions d'euros, mais conserve un excédent cumulé de 247 millions d'euros.

Les produits nets de la CNSA se sont élevés à 18,5 milliards d'euros en 2010, en hausse de 6,4 % par rapport à 2009.

Pour la première fois depuis la création de la caisse, les crédits consacrés au financement des dépenses des établissements sociaux et médico-sociaux ont été quasi intégralement consommés. Les dépenses ont été inférieures de seulement 32 millions d'euros à celles qui avaient été fixées dans le cadre de l'objectif global

de dépenses (16,4 milliards d'euros). Ces 32 millions d'euros sont la combinaison d'une sous-consommation de 229 millions d'euros sur le champ des personnes âgées et d'une surconsommation de 197 millions d'euros sur celui des personnes handicapées.

Toutefois, il faut noter que la diminution de 100 millions d'euros de l'apport des régimes d'assurance maladie à l'ONDAM médico-social personnes âgées (rétrocession à l'assurance maladie), décidée en loi de financement pour 2011, a contribué directement au déficit de la section I de la caisse relative au financement des établissements d'hébergement des personnes âgées (- 103,8 millions d'euros).

La moindre progression des recettes, combinée à des produits financiers en baisse de 35 millions d'euros par rapport à 2009, conduit mécaniquement à ce que les concours financiers aux départements soient en légère diminution par rapport à la prise en charge réalisée en 2009. Ils s'établissent à 1 536,2 millions d'euros pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (- 0,8 %) et 501,9 millions d'euros pour la prestation de compensation du handicap (PCH) (- 1,5 %).

Dans ces conditions, ces prestations restant dynamiques, leurs taux de couverture diminuent en 2010, pour s'établir, au regard des dépenses prévisionnelles 2010, à 29,7 % pour l'APA (contre 30,1 % en 2009) et 46 % pour la PCH (contre 60 % en 2009).

Par ailleurs, la CNSA finance des investissements dans les établissements pour les personnes âgées et handicapées sous la forme de plan d'aide à l'investissement (PAI). On note une progression notable des décaissements au titre des plans 2006 à 2009 : 237,5 millions d'euros, au lieu de 193,6 millions d'euros liés à la fin d'un certain nombre d'opérations et à la montée en charge progressive du plan 2009. La notification de 130,6 millions d'euros au titre du plan 2010 (au lieu des 151 millions d'euros budgétés initialement) résulte de la consommation partielle de la sous enveloppe réservée au financement des pôles d'accueil et de soins adaptés (PASA).

L'évolution des fonds propres de la Caisse nationale de solidarité pour autonomie depuis sa création

| exercice | (M€) | | | | | | | |
|--------------|------------------|--|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------------|--|---------------------|
| | Report à nouveau | Résultat de l'exercice avant réaffectation | Affectation PAI | Affectation à l'OGD | Autres affectations | Total montants réaffectés | Résultat de l'exercice après réaffectation | Résultat net cumulé |
| 2005 | 4 | 528 | | | | | 528 | 532 |
| 2006 | 532 | 660 | 500 | 19 | 13 | 532 | 129 | 661 |
| 2007 | 661 | 529 | 185 | 48 | | 233 | 296 | 957 |
| 2008 | 957 | 556 | 300 | 200 | | 500 | 56 | 1 013 |
| 2009 | 1 013 | 253 | 465 | 262 | | 727 | -474 | 539 |
| 2010 | 539 | -10 | 151 | 56 | 75 | 282 | -292 | 247 |
| 2011 | 247 | -50 | | 141 | | 141 | -190 | 57 |
| Total | - | 2 467 | 1 601 | 726 | 88 | 2 414 | - | - |

Source : CNSA

En 2011, le solde comptable serait déficitaire de 190 milliards d'euros, mais le résultat cumulé demeurerait positif.

La prévision du solde 2011 de la CNSA est établie sous l'hypothèse d'un respect de l'objectif global de dépense. L'exercice 2011 n'étant pas clos, les données utilisées pour l'année en cours sont celles du budget primitif adopté par le conseil de la caisse le 12 avril 2011.

La CNSA bénéficierait de produits nets en hausse de 4,5 % en 2011. La participation des caisses d'assurance maladie connaîtrait une progression de 4,8 % pour un montant de 15,8 milliards d'euros en 2011. Les recettes propres de la caisse augmenteraient de 3,4 %, à un rythme plus rapide qu'en 2010 (+ 1,1 %) grâce aux effets de la reprise économique.

Les charges nettes de la caisse augmenteraient de 3,9 % en 2011. La prévision de l'objectif général de dépenses serait de 17 milliards d'euros et la composante financée par l'ONDAM médico-social s'établirait à 15,8 milliards d'euros. Ainsi, l'apport propre de la CNSA s'élèverait à 1,2 milliard d'euros.

Les crédits destinés aux établissements accueillant des personnes âgées ont souffert de la rétrocession de 100 millions d'euros à l'assurance maladie au titre de l'ONDAM 2010. En effet, afin de compenser le dépassement prévisionnel de l'ONDAM 2010 estimé à 530 millions d'euros, le Gouvernement a décidé de mettre en réserve une somme équivalente, dont 100 millions d'euros portant sur le secteur médico-social. Cette mise en réserve a été opérée par anticipation des effets d'une sous-consommation de crédits pour l'année 2011.

Cette sous-consommation sera à réévaluer en fin d'année. Elle a en effet été projetée sur des bases d'enveloppes régionales notifiées aux agences régionales de santé qui se sont avérées elles-mêmes fortement sous-évaluées dans plusieurs régions. Cette sous-évaluation est liée pour l'essentiel à la non prise en compte des créations de places mises en attente faute de financement, de la

signature de conventions tripartites en 2010 à effet 2011 et du financement des extensions en année pleine de mesures engagées en cours d'année 2010. Des crédits ont ainsi été considérés à tort comme non affectés à une dépense notifiée par la CNSA et dans le cadre de la mise en place de la procédure de financement par crédits de paiement ont fait l'objet d'une réfaction.

Ainsi, le processus de médicalisation des établissements a dû être interrompu faute de crédit.

En 2011, le montant du plan d'aide à l'investissement s'élève à 92,8 millions d'euros, réparti à parts égales entre personnes âgées et handicapées. L'article 78 de la loi de financement pour 2011 a instauré pour l'année 2011 un financement sur la base de 4 % de recettes de la contribution de solidarité autonomie (CSA).

Les concours aux départements au titre des dépenses d'APA et de PCH devraient s'accroître de 3,9 %, en cohérence avec la hausse de recettes de la contribution de solidarité autonomie et de CSG.

S'agissant du plan Alzheimer, trente-cinq maisons pour l'accueil et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) et cent cinq gestionnaires supplémentaires devraient être financées, à hauteur de 12,2 millions d'euros.

Sous ces hypothèses, le déficit de la CNSA se réduirait mais resterait à un niveau élevé (190 millions d'euros). Ainsi, son résultat cumulé diminuerait, mais resterait positif de 57 millions d'euros en 2011.

2. Le budget pour 2012

a) Les ressources propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

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 de solidarité autonomie de 0,3 % (CSA) 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.

Le tableau ci-après présente les recettes pour 2009 (réalisations) et les prévisions pour 2010 et 2011.

| | Réalizations 2010 | | Prévisions 2011 | | Prévisions 2012 | |
|---|-------------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | M€ | % | M€ | % | M€ | % |
| I - CSG | | | | | | |
| CSG sur les revenus d'activité | 797 | 0,8 % | 823 | 3,3 % | 848 | 3,0 % |
| CSG sur les revenus de remplacement | 210 | 6,8 % | 213 | 1,3 % | 220 | 3,3 % |
| CSG sur les revenus du patrimoine | 46 | -8,2 % | 48 | 3,6 % | 59 | 24,1 % |
| CSG sur les revenus des placements | 63 | 14,2 % | 63 | -0,9 % | 65 | 3,0 % |
| CSG sur les revenus des jeux | 5 | -15,8 % | 7 | 22,3 % | 7 | 3,0 % |
| Total CSG produits bruts | 1 122 | 2,0 % | 1 153 | 2,8 % | 1 198 | 3,9 % |
| II - CSA | | | | | | |
| CSA sur les revenus d'activité | 1 918 | 1,6 % | 1 982 | 3,3 % | 2 044 | 3,1 % |
| CSA sur les revenus du patrimoine | 138 | -8,2 % | 144 | 4,2 % | 171 | 18,7 % |
| CSA sur les revenus des placements | 183 | 8,5 % | 189 | 3,3 % | 195 | 3,0 % |
| Total CSA produits bruts | 2 239 | 1,5 % | 2 315 | 3,4 % | 2 410 | 4,1 % |
| Participation des régimes d'assurance vieillesse | 67 | | 68 | | 69 | 1,7 % |
| Produits bruts CNSA (hors produits financiers) | 3 427 | 1,7 % | 3 536 | 3,2 % | 3 593 | 1,6 % |
| Produits financiers | 10 | -78,2 % | 10 | 2,1 % | 10 | 0,0 % |
| Produits CNSA | 3 437 | 0,6 % | 3 546 | 3,2 % | 3 603 | 1,6 % |

Source : Annexe 8 au PLFSS pour 2012.

b) L'ONDAM et l'objectif global de dépense

En 2012, l'ONDAM médico-social connaîtra un nouveau rythme de progression soutenu, à 4,2 % (contre 3,8 % en 2011). Il atteindra ainsi 16,5 milliards d'euros, contre 15,8 milliards d'euros en 2011.

Le sous-objectif de l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées dépendantes augmentera de 6,3 % pour atteindre 8,1 milliards d'euros, ce qui représente près de 393,4 millions d'euros de mesures nouvelles.

Le sous-objectif de l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées progressera en 2012 de 2,1 %, soit 186,4 millions d'euros de mesures nouvelles.

Moyennant la participation de la contribution de solidarité pour l'autonomie, l'objectif global de dépense pour 2012 est de 17,6 milliards d'euros, dont 8,9 milliards d'euros pour les personnes âgées et 8,7 milliards d'euros pour les personnes handicapées.

Budget primitif de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour 2012

| CHARGES | Crédits ouverts | PRODUITS | Crédits ouverts |
|--|-----------------|--|-----------------|
| Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux | 17 747,8 | Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux | 17 747,8 |
| Sous-Section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées | 8 743,6 | Sous-Section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées | 8 743,6 |
| Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD) | 8 689,4 | Contribution solidarité autonomie (13 % CSA) | 313,2 |
| Groupe d'entraide mutuelle (GEM) | 27,0 | Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM) | 8 430,4 |
| Agence nationale d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) | 0,8 | | |
| Agence nationale pour l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAF) | 0,5 | | |
| Opérations diverses | 16,2 | | |
| Excédent | 9,7 | Déficit | 0,0 |
| Sous-Section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées | 9 004,1 | Sous-Section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées | 9 004,1 |
| Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD) | 8 943,4 | Contribution solidarité autonomie (39 % CSA) | 939,7 |
| Financement de 123 MAIA (dont 88 nouvelles en 2012) | 28,1 | Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM) | 8 064,4 |
| Agence nationale d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) | 1,5 | | |
| Agence nationale pour l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAF) | 0,5 | | |
| Opérations diverses | 22,3 | | |
| Excédent | 8,4 | Déficit | 0,0 |
| Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | 1 694,0 | Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | 1 694,0 |
| Concours versés aux départements (APA) | 1 654,8 | Contribution solidarité autonomie (20 % CSA) | 481,9 |
| Congé de soutien familial | 0,5 | Contribution sociale généralisée (95 % CSG) | 1 138,3 |
| Opérations diverses | 38,7 | Contribution des régimes d'assurance vieillesse | 68,7 |
| | | Produits financiers | 5,0 |
| Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées | 631,5 | Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées | 631,5 |
| Concours versés aux départements (PCH) | 553,1 | Contribution solidarité autonomie (26 % CSA) | 626,5 |
| Concours versés aux départements (MDPH) | 60,0 | Produits financiers | 5,0 |
| Majoration AEEH (versement CNAF) | 0,0 | | |
| Congé de soutien familial | 0,5 | | |
| Opérations diverses | 18,0 | | |
| Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service | 71,8 | Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service | 71,8 |
| Sous-section 1 Personnes âgées | 59,9 | Sous-section 1 Personnes âgées | 59,9 |
| Dépenses modernisation, professionnalisation et formation | 58,2 | Contribution sociale généralisée (5 % CSG) | 59,9 |
| Opérations diverses | 1,7 | | 0,0 |
| Excédent | 0,0 | Excédent | |
| Sous-section 2 Personnes handicapées | 11,9 | Sous-section 2 Personnes handicapées | 11,9 |
| Dépenses modernisation, professionnalisation et formation | 11,9 | Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I | 11,9 |
| Excédent | 0,0 | Déficit | 0,0 |
| Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie | 368,2 | Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie | 368,2 |
| Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées | 244,1 | Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées | 244,1 |
| Dépenses d'animation, prévention et études | 10,0 | Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I | 10,0 |
| Plan ALZHEIMER - expérimentation MAIA | 0,0 | Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement » | 210,0 |
| PAI 2012 | 24,1 | Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA) | 24,1 |
| Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2011 » | 210,0 | | |
| Plan d'Aide à l'Investissement des établissements 2010 | 0,0 | Déficit | 0,0 |
| Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées | 124,1 | Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées | 124,1 |
| Dépenses emploi STAPS | 0,0 | Affectation au PAI 2011 (2 % de CSA) | 24,1 |
| PAI 2012 | 24,1 | | |
| Plan de relance d'aide à l'investissement | 0,0 | | |
| Section VI Frais de gestion de la caisse | 16,9 | Section VI Frais de gestion de la caisse | 0,0 |
| Crédits à répartir (fonctionnement) | | Reprise sur provisions et divers | |
| Dépenses de fonctionnement / CNSA | 7,6 | Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA | 0,0 |
| Dépenses de personnel / CNSA | 8,8 | | |
| Excédent | 0,4 | | |
| Total des charges du compte prévisionnel | 20 479,8 | Total des produits du compte prévisionnel | 20 481,4 |
| Résultat prévisionnel (excédent) | 1,6 | Résultat prévisionnel (déficit) | 0,0 |
| Total équilibre du compte | 20 481,4 | Total équilibre du compte | 20 481,4 |

* Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG
Total atténuation de recettes

Source : CNSA/DF

Ces crédits permettent une augmentation de la masse salariale des établissements sociaux et médico-sociaux de 1 %. Les dépenses de fonctionnement sont gelées.

140 millions d'euros supplémentaires seront mobilisés pour accélérer le recrutement de personnels soignants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dans le cadre de la « médicalisation » de ces établissements. Cela correspond à la médicalisation de 83 000 places supplémentaires.

Ces crédits permettront aussi la poursuite du financement des trois grands plans, présentés ci-après.

Enfin, 48 millions d'euros sont prévus pour le plan d'aide à l'investissement présenté à l'article 38 du présent projet de loi, commenté ci-après.

c) Autorisations d'engagements et crédits de paiement

Depuis le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, les objectifs sont bâtis à partir de l'estimation des seuls crédits nécessaires aux besoins de financement effectifs de l'année. Ainsi, l'objectif global des dépenses représente des crédits de paiement, tandis que les enveloppes anticipées à la disposition des agences régionales de santé pour autoriser des places nouvelles, déterminées en fonction des objectifs annuels des plans gouvernementaux constituent des autorisations d'engagement.

Cette évolution a conduit votre rapporteure à proposer, à l'occasion de l'examen du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, une modification de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, afin de prévoir que le Parlement soit informé du montant des autorisations d'engagement que la CNSA est autorisée, chaque année, à déléguer aux agences régionales, montant qui viendra largement prédéterminer l'ONDAM médico-social des années ultérieures soumis au vote du Parlement. Il ne s'agit que d'une première étape : à terme, le Parlement devra, selon votre rapporteure, se prononcer à chaque loi de financement de la sécurité sociale sur l'ensemble des ressources et des dépenses de la CNSA. Une nouvelle modification de la loi organique sera nécessaire pour accompagner la réforme de la dépendance.

Les chroniques pluriannuelles d'objectifs d'engagements et leurs conséquences en besoins de crédits à inscrire annuellement dans les ONDAM et objectif global de dépenses d'ici 2015 sont retranscrites dans les tableaux suivants.

Objectifs d'engagement prévisionnels pour les établissements et services médico-sociaux dans le champ de l'ONDAM et crédits s'y rattachant

Programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées

| Autorisations d'engagement (AE) | | Crédits de paiement des mesures nouvelles | | | | | |
|---------------------------------|------------------|---|------|-------|-------|------|-------|
| Millésime | Montant en euros | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
| 2011 | 140,0 | 0,0 | 12,6 | 57,4 | 57,4 | 12,6 | 140,0 |
| 2012 | 223,0 | 0,0 | 17,8 | 62,0 | 93,7 | 49,5 | 223,0 |
| Total du plan | 363,0 | 0,0 | 30,4 | 119,4 | 151,1 | 62,1 | 363,0 |

Plan « Solidarité grand âge »

| Autorisations d'engagement (AE) | | Crédits de paiement des mesures nouvelles | | | | | |
|---------------------------------|------------------|---|------|-------|-------|------|-------|
| Millésime | Montant en euros | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
| 2011 | 140,0 | 0,0 | 12,6 | 57,4 | 57,4 | 12,6 | 140,0 |
| 2012 | 223,0 | 0,0 | 17,8 | 62,0 | 93,7 | 49,5 | 223,0 |
| Total du plan | 363,0 | 0,0 | 30,4 | 119,4 | 151,1 | 62,1 | 363,0 |

Hypothèse des autorisations d'engagement – crédits de paiement médicalisation 2011-2012

| Autorisations d'engagement (AE) | | Crédits de paiement (CP) |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Millésime | Montant en millions d'euros | 2012 |
| 2011 | 140,0 | 140,0 |

Source : annexe 7 du PLFSS.

B. LES ACTIONS À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES

1. Le financement des établissements

a) La poursuite du plan « Solidarité grand âge »

Le plan « Solidarité grand âge » (PSGA) est un plan pluriannuel de cinq ans lancé en 2006, qui poursuit en les amplifiant les objectifs du plan « Vieillesse et solidarités » intervenu en 2004, après le drame de la canicule d'août 2003, dans le cadre de la réforme de solidarité en faveur des personnes dépendantes. Il consiste à augmenter les capacités d'accueil en précisions des évolutions démographiques que va connaître le pays et à adapter l'offre de services à la diversité des attentes et des besoins, notamment en renforçant la

médicalisation des établissements et services et en développant une offre d'accompagnement au maintien à domicile.

Le calibrage initial du plan a été révisé à plusieurs reprises.

Concernant les établissements, le plan affichait pour ambition de créer chaque année, entre 2007 et 2012, 5 000 places supplémentaires en EHPAD, soit un objectif global de 25 000 places sur l'ensemble de sa durée.

En raison des besoins importants que retracent les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), la tranche 2008 de création de places d'EHPAD a été portée à 7 500 places et la tranche 2009 à 12 500 places à la faveur du plan de relance de l'économie, soit 7 500 places au titre de la tranche annuelle du plan « Solidarité grand âge » et 5 000 places au titre du plan de relance, ce qui représente un triplement du rythme initial du précédent plan « Vieillesse et solidarités » et devrait permettre notamment de mieux prendre en compte les besoins qui résultent de la maladie d'Alzheimer.

Concernant les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le plan prévoit de renforcer sensiblement le rythme de leur création. En effet, préserver le libre choix du mode de vie et permettre aux personnes âgées qui le souhaitent de rester chez elles le plus longtemps et le plus sûrement possible nécessite de développer une offre de soins coordonnés de qualité et de proximité. Le plan a prévu la création annuelle de 6 000 places pour disposer, en 2025, de 232 000 places installées selon un maillage territorial équilibré et tarifées en fonction des besoins et de la charge en soins requis des patients.

En 2010, le développement des SSIAD a été revu avec un maintien d'une tranche annuelle à 6 000 places par an (au lieu de 7 500 initialement prévues à compter de 2010), au regard des programmations régionales et de la difficulté à faire émerger des projets dans certaines régions (difficultés de recrutement, coût à la place jugé insuffisant sur certains territoires), dans un contexte marqué par l'attente quant au nouveau régime tarifaire de ces services.

Garantir le libre choix du domicile nécessite également de développer l'accompagnement des aidants et des formules de répit : le plan prévoyait ainsi de créer, chaque année, 3 250 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Pour les exercices 2011 et 2012, l'objectif a été minoré à l'issue des travaux évaluatifs de ces deux modes d'accueil conduits dans le cadre du plan Alzheimer, le solde des crédits ainsi libérés devant permettre de financer les plateformes de répit et d'accompagnement à destination des aidants dont le déploiement (75 par an) est prévu et financé à partir de 2011.

Dans l'attente de la mise en œuvre de la mesure sur le terrain à partir de l'automne 2011, les objectifs en matière de plateformes de répit et d'accompagnement ne sont pas inclus dans les tableaux qui suivent ; ils pourront

l'être lors du bilan 2011 ainsi que dans le bilan de la mise en œuvre du Plan Alzheimer.

Cadrage actualisé du plan « Solidarité grand âge »

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| SSIAD | 6 000 | 6 000 | 6 000 | 6 000 | 6 000 | 6 000 | 36 000 |
| Accueil de jour | 2 125 | 2 125 | 2 125 | 2 125 | 1 200 | 1 200 | 10 900 |
| Hébergement temporaire | 1 125 | 1 125 | 1 125 | 1 125 | 800 | 800 | 6 100 |
| EHPAD | 5 000 | 7 500 | 7 500 | 7 500 | 5 000 | 5 000 | 37 500 |
| Total | 14 250 | 16 750 | 16 750 | 16 750 | 13 000 | 13 000 | 90 500 |

Source : direction générale de la cohésion sociale.

Les notifications de places effectuées jusqu'au 31 décembre 2010 (et pour partie dès 2007) couvrent en totalité les tranches 2008 à 2010 du programme et pour partie les tranches 2011 et 2012 à titre d'anticipation, soit au total 87 % du plan.

Nombre de places correspondant à des crédits notifiés par la CNSA

(en nombre de places financées)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total notifié | % du PSGA |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|-------------|
| SSIAD | 5 291 | 5 316 | 5 297 | 4 386 | 1 521 | 1 559 | 23 370 | 65 % |
| Accueil de jour | 1 348 | 1 793 | 1 834 | 1 742 | 807 | 1 040 | 8 565 | 79 % |
| Hébergement temporaire | 921 | 1 030 | 1 119 | 1 068 | 330 | 385 | 4 852 | 80 % |
| EHPAD | 5 610 | 7 356 | 7 689 | 8 448 | 6 746 | 6 374 | 42 223 | 113 % |
| Total | 13 170 | 15 494 | 15 939 | 15 644 | 9 404 | 9 358 | 79 010 | 87 % |

Il s'agit des mesures nouvelles notifiées entre 2006 et 2010 au titre des années 2008 à 2012.

Source : direction générale de la cohésion sociale.

Cependant, la répartition des places notifiées basée, d'une part, sur les programmations régionales transmises à travers les PRIAC, et d'autre part, orientée les premières années vers la création d'établissements (conformément à l'objectif des enveloppes anticipées qui visent à réduire les délais de réalisation), a entraîné des écarts vis-à-vis des objectifs du programme.

On constate en effet que les places en EHPAD ont été privilégiées – l'intégralité des places a déjà été notifiée dès 2010 (l'objectif a même été dépassé) – au détriment des autres structures dont 65 % à 80 % des places sont notifiées, et ce malgré les alertes exprimées par la CNSA dans les notifications de crédits en 2009 et 2010, sur le rééquilibrage des objectifs en région, dans l'optique de la seconde partie de la réalisation du plan.

Ce décalage était déjà identifié dans le bilan précédent, la répartition des crédits notifiés en places d'établissements sociaux et médico-sociaux étant quasiment identique entre fin 2009 et fin 2010 (la part respective des SSIAD et des EHPAD varie légèrement d'une année sur l'autre : fin 2009, les places des premiers représentaient 28 % de la répartition, contre 30 % un an plus tard, celles des seconds passent de 56 % à 53 %).

Les objectifs initiaux pour les SSIAD (création de 36 000 places, compte tenu de la révision à la baisse de l'objectif en 2010) semblent ainsi difficiles à atteindre, dans la mesure où sur les quatre premières années de mise en œuvre du plan, 23 370 places ont été notifiées soit 65 % de la cible révisée, l'année 2010 étant en retrait par rapport à 2009.

Crédits notifiés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
(en millions d'euros)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| SSIAD | 56,1 | 55,9 | 56,2 | 46,5 | 16,0 | 15,8 | 246,4 |
| Accueil de jour | 13,6 | 18,2 | 18,6 | 18,8 | 8,7 | 11,3 | 89,1 |
| Hébergement temporaire | 9,7 | 11,0 | 11,9 | 11,4 | 3,6 | 4,2 | 51,8 |
| EHPAD | 42,3 | 64,4 | 74,3 | 81,7 | 65,1 | 61,8 | 389,6 |
| Total | 121,6 | 149,5 | 160,9 | 158,4 | 93,4 | 93,1 | 776,9 |

Source : direction générale de la cohésion sociale.

Le taux moyen d'autorisation (places autorisées/places notifiées) est de 82 % sur l'ensemble de la période que couvre le plan, et de 88 % pour les années 2007 à 2010. Dans le bilan précédent, au 31 décembre 2009, ces taux étaient respectivement de 77 % et 82 %.

Les places d'EHPAD présentent les taux d'autorisation les plus élevés, à hauteur de 89 % pour la période 2007-2012 et de 96 % pour 2007-2010. Compte tenu de la pression exercée par les projets en attente de financement, les places notifiées sont autorisées sans difficulté. En revanche, les projets d'hébergement temporaire sont moins nombreux, ce qui ne permet pas de mobiliser les places notifiées et entraîne de ce fait des taux d'autorisation plutôt faibles, avec une dégradation en 2010 : en moyenne 63 % des places notifiées ont été autorisées, soit 3 049 places.

**Places autorisées sur enveloppe de mesures nouvelles 2007-2012
(y compris Plan de relance)**

(en nombre de places)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| SSIAD | 4 037 | 5 075 | 4 827 | 3 797 | 445 | 262 | 18 443 |
| Accueil de jour | 1 056 | 1 401 | 1 402 | 1 028 | 443 | 175 | 5 506 |
| Hébergement temporaire | 651 | 686 | 797 | 523 | 257 | 135 | 3 049 |
| EHPAD | 5 811 | 7 142 | 7 380 | 7 606 | 5 710 | 4 060 | 37 709 |
| Total | 11 555 | 14 304 | 14 406 | 12 954 | 6 855 | 4 632 | 64 707 |

Source : direction générale de la cohésion sociale.

Taux d'autorisation des enveloppes de mesures nouvelles 2007-2012

(en %)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| SSIAD | 76 | 95 | 91 | 87 | 29 | 17 | 79 |
| Accueil de jour | 78 | 78 | 76 | 59 | 55 | 17 | 64 |
| Hébergement temporaire | 71 | 67 | 71 | 49 | 78 | 35 | 63 |
| EHPAD | 104 | 97 | 96 | 90 | 85 | 64 | 89 |
| Total | 88 % | 92 % | 90 % | 83 % | 73 % | 49 % | 82 % |

Source : direction générale de la cohésion sociale.

Fin 2010, 30 753 places ont été installées, dont 16 132 places de SSIAD (qui représentent ainsi 52 % des places installées sur les quatre premières années de mise en œuvre du plan).

Alors que 80 % des places de SSIAD notifiées (hors enveloppes anticipées) ont été ouvertes, seulement 37 % des places d'accueil de jour, 28 % des places d'hébergement temporaires et 38 % des places d'EHPAD sont installées, en raison des délais d'installation notamment pour ces deux dernières catégories.

Récapitulatif de la réalisation du plan « Solidarité grand âge » au 31/12/2010

(en nombre de places)

| | Places prévues initialement PSGA 2007-2012 | Places affectées dans les dotations 2007-2012 | Places restant à notifier | % de places déjà notifiées | Places autorisées | Écart places notifiées - places autorisées | % de places déjà autorisées |
|-------------------------------|--|---|---------------------------|----------------------------|-------------------|--|-----------------------------|
| SSIAD | 36 000 | 23 370 | 12 630 | 65 % | 18 443 | 4 927 | 51 % |
| Accueil de jour | 10 900 | 8 565 | 2 335 | 79 % | 5 506 | 3 059 | 51 % |
| Hébergement Temporaire | 6 100 | 4 852 | 1 248 | 80 % | 3 049 | 1 803 | 50 % |
| EHPAD | 37 500 | 42 223 | -4 723 | 113 % | 37 709 | 4 514 | 101 % |
| Total | 90 500 | 79 010 | 11 490 | 87 % | 64 707 | 14 303 | 71 % |

Source : CNSA.

Le bilan de mise en œuvre du plan « Solidarité grand âge » après quatre années de réalisation montre que si 87 % des places prévues ont été notifiées, et 71 % autorisées, le déséquilibre entre places en hébergement permanent et places de services (les services étant ici entendus non seulement pour les SSIAD mais également pour les dispositifs d'accueil temporaire - accueils de jour et hébergement temporaire) est particulièrement marqué :

– 113 % des places d'EHPAD prévues dans le plan ont été notifiées, et 101 % ont été autorisées. La cible en places d'hébergement permanent est donc atteinte, et même dépassée, en quatre années. Ce dépassement s'est effectué au détriment des autres catégories de l'offre de service ;

– 80 % des places d'accueil temporaire ont été notifiées, mais leur niveau d'engagement étant relativement faible, seulement 50 % des places prévues au programme sont aujourd'hui autorisées ;

– s'agissant des SSIAD, seulement 65 % de la cible initiale est notifiée au 31 décembre 2010, et la moitié de cette cible fait l'objet d'une autorisation. Cette difficulté à réaliser l'objectif du plan s'explique notamment par les motifs suivants : faible mobilisation des gestionnaires pour développer une offre au-delà de certains seuils d'activité, difficultés de recrutement des professionnels, coût à la place jugé insuffisant sur certains territoires, moratoire dans certaines zones des nouvelles autorisations en 2008 suite à l'accord entre la CNAMTS et les syndicats d'infirmiers libéraux quant aux zones très denses, attente de la mise en œuvre d'un nouveau mode d'allocation de ressources davantage corrélée aux besoins des patients...

Sur le volet création de places du plan, le solde des enveloppes anticipées à notifier en 2011 et 2012 s'établit désormais à 20,35 millions d'euros et devra être essentiellement consacré à l'installation de SSIAD afin de rééquilibrer la répartition entre établissements et services.

En effet, d'une part le financement des plateformes de répit a conduit à resserrer les objectifs en accueil de jour et en hébergement temporaire inscrits dans le plan à 1 200 places d'accueil de jour et à 800 places d'hébergement temporaire. Ces plateformes ont déjà été et seront financées en crédits de paiement sur les ONDAM 2011 et 2012 (16 millions d'euros sur deux ans pour 150 plateformes d'accompagnement et de répit fin 2012).

D'autre part, une partie des enveloppes anticipées rattachées aux objectifs de création de places selon le nouvel objectif pour la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire a été budgétée dans les ONDAM 2011 et 2012 selon la méthode suivante :

– prise en compte des besoins de financement déclarés par les agences régionales de santé pour l'installation des accueils de jour et hébergements temporaires déjà autorisés sur les enveloppes anticipées notifiées antérieurement

et qui s'installeront en 2011 et 2012, soit 1 539 places d'accueil de jour et 795 places d'hébergement temporaire ;

– budgétisation dans les ONDAM 2011 et 2012 du solde des places pour atteindre la cible réactualisée de 2 400 places d'accueil de jour et de 1 600 places d'hébergement temporaire soit : 861 places d'accueil de jour pour un montant de 9,35 millions d'euros (10 900 euros/place) et 805 places d'hébergement temporaire pour un montant de 9,3 millions d'euros (11 447 euros/place).

Les crédits de paiement consacrés au plan « Solidarité grand âge » en 2012 s'élèveront à 4,8 millions d'euros. Le solde restant à couvrir entre 2013 et 2015 est de 15,6 millions d'euros.

b) La poursuite de la médicalisation

L'objectif d'amélioration de l'encadrement, du suivi et de la qualité de vie des personnes âgées qui résident dans les établissements d'accueil repose sur la signature de conventions tripartites entre le département, les ARS et l'établissement concerné. Ces conventions précisent les objectifs de qualité à garantir et à atteindre par l'établissement, en contrepartie desquels l'État et les départements s'engagent à augmenter les moyens alloués.

Comme indiqué dans le commentaire de l'article 37, un processus de médicalisation de seconde génération (« pathossification ») des établissements a été lancé en 2007, selon lequel le forfait soins doit être fondé sur une évaluation des besoins de soins des résidents, évalué par les systèmes GMPS (groupe iso-ressources moyen pondéré du modèle AGGIR) et PMP (pathos moyen pondéré). L'attribution des crédits au titre de la médicalisation requiert la signature ou le renouvellement des conventions tripartites : pour beaucoup d'établissements, l'application de cette tarification implique une augmentation du forfait soins.

Le plan « Solidarité grand âge » permet un renforcement des moyens dévolus aux établissements, notamment en intégrant une hausse significative des moyens des structures en tarif global, de l'ordre de 4 000 euros par an et par place, et de 1 700 euros pour les établissements « en tarif partiel ». Parallèlement, le plan renforce les moyens et, par voie de conséquence, les taux d'encadrement de façon à ce que les établissements accueillant les personnes dont la dépendance et les soins requis sont les plus élevés aient un taux d'encadrement supérieur. Ceci revient à attribuer, dans le cadre de la tarification au GMPS, des moyens supplémentaires conséquents. Dans le cas d'établissements accueillant des résidents présentant des pathologies lourdes, cet accroissement de crédits d'assurance maladie permet d'approcher le taux d'encadrement de un équivalent temps plein (tous types de personnels confondus) pour un résident.

Le processus de tarification au GMPS s'est amplifié en 2010. Le nombre de places ayant donné lieu à une convention de deuxième génération est ainsi plus élevé en 2010 qu'en 2009 (+17 %).

Évolution du taux de conventionnement de 2^e génération des EHPAD

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
|--|--------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Nombre de places conventionnées en mode GMPS | 2 706 | 72 486 | 83 520 | 96 103 | 112 378 | 367 193 |
| <i>Cumul des places depuis 2006</i> | <i>2 706</i> | <i>75 192</i> | <i>158 712</i> | <i>254 815</i> | <i>367 193</i> | |
| Nombre de conventions signées | 33 | 799 | 1 107 | 1 014 | 1 295 | 4 248 |
| <i>Cumul des conventions depuis 2006</i> | <i>33</i> | <i>832</i> | <i>1 939</i> | <i>2 953</i> | <i>4 248</i> | |
| Nombre moyen de places par convention | 82 | 91 | 75 | 86 | 86 | 86 |
| Taux de tarification au GMPS par rapport à la cible éligible cumulée à la fin de l'année n | 4% | 27% | 43% | 49% | 65% | 65% |

Source : CNSA

Entre 2007 et 2011, 390 958 places auront été « pathossifiées ».

Pour 2011, 159 millions d'euros de crédits de médicalisation ont été mobilisés, destinés à couvrir les engagements pris avant le 31 décembre 2010.

En 2012, 140 millions d'euros de mesures nouvelles doivent permettre la médicalisation de 45 % du solde des établissements restant à « pathossifier » fin 2011, soit plus de 83 000 sur les 184 000 qui sont encore financées selon l'ancien mode de tarification. Ces crédits sont attribués en priorité aux établissements dont les conventions tripartites sont arrivées à échéance fin 2010.

2. Le Plan Alzheimer

Le plan Alzheimer 2008-2012, présenté à Nice le 1^{er} février 2008, a été élaboré sur la base des travaux de la commission présidée par le professeur Joël Ménard, qui a remis le 8 novembre 2007 un rapport insistant sur la nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade, de ses aidants et de leur qualité de vie.

Malgré l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, l'accroissement de la longévité s'accompagne du développement des maladies liées au vieillissement, comme la maladie d'Alzheimer qui se caractérise par la perte progressive de la mémoire et des fonctions cognitives et s'accompagne de troubles du comportement. Selon les études épidémiologiques, plus de 800 000 personnes seraient touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée en France. Parmi ces malades, 450 000 sont suivis médicalement dont 300 000 bénéficient d'une prise en charge au titre d'affection de longue durée. Au-delà des malades eux-mêmes, les aidants familiaux et l'entourage sont souvent les secondes victimes.

Le Plan Alzheimer se décline en 44 mesures concrètes organisées autour de trois axes (améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour

agir, se mobiliser pour un enjeu de société) et onze objectifs. Un certain nombre de ces mesures concernent le champ médico-social et retentissent directement sur la vie quotidienne des malades et de leur entourage.

Est présenté ci-dessous l'état d'avancement des mesures appartenant au champ médico-social.

- *Mesure n° 1 : développer et diversifier des formules de répit*

Les pouvoirs publics ont déjà développé ces dix dernières années une offre de structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire) qui bénéficie aujourd'hui d'une attention soutenue.

Un état des lieux des dispositifs existants a mis en évidence les difficultés de fonctionnement des accueils de jour et il a été décidé de faire évoluer ce dispositif. Les nouvelles modalités de fonctionnement des accueils de jour ont été précisées dans une circulaire du 25 février 2010 qui fixe notamment une capacité minimale (six places pour les accueils de jour adossés à un EHPAD et dix places pour un accueil de jour autonome) et prévoit la majoration du forfait journalier de transport de 30 %, l'obligation de mise en œuvre d'un dispositif de transport adapté ou, à défaut, le remboursement des frais, dans la limite du forfait journalier de transport, aux familles qui assurent elles-mêmes le transport de leur malade et un financement pérenne des structures conditionné à la réponse à une enquête d'activité annuelle.

Au 31 décembre 2010, plus de 10 000 places regroupées dans 1 663 accueils de jour sont recensées sur le territoire national. 61 % de ces places sont conformes à la nouvelle réglementation. La mise aux normes des accueils de jour par les agences régionales de santé en lien avec les conseils généraux est en cours.

Le décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour précise ces nouvelles modalités de fonctionnement.

Une expérimentation et une évaluation de plateformes d'accompagnement et de répit pour les malades et les aidants ont été lancées sur onze sites, à la suite d'un appel à projets national. Le but des plateformes est d'offrir sur un même territoire toute une palette de solutions afin de déterminer ce qui est le plus profitable à la fois pour l'aidant et la personne malade. Adossées à des accueils de jour d'une capacité d'au moins dix places développant des activités complémentaires, les plateformes de répit doivent se doter d'un volet d'actions relevant de « l'aide aux aidants ».

Un cahier des charges des plateformes d'accompagnement et de répit a été élaboré en concertation avec les partenaires du secteur. Il a été diffusé, par le biais d'une circulaire, aux agences régionales de santé le 13 juillet 2011 pour qu'elles puissent lancer les appels à candidatures au cours de l'été 2011. Un financement de 8 millions d'euros par an est prévu en 2011 et en 2012 afin de créer

150 plateformes d'ici fin 2012. Ce financement résulte d'un redéploiement des crédits affectés à la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dont les tranches annuelles 2011 et 2012 ont été ramenées respectivement à 1 200 et 800 places nouvelles.

Un deuxième appel à projets relatif aux formules de répit et d'accompagnement a été lancé et dix-huit projets innovants ont été retenus en 2010.

Pour 2011 et 2012, l'objectif du Gouvernement est de créer 150 plateformes d'accompagnement et de répit et d'ouvrir 2 400 places supplémentaires d'accueil de jour et 1 600 places d'hébergement temporaire.

- *Mesure n° 2 : consolider les droits à la formation des aidants*

Deux jours de formation par an sont proposés à chaque aidant familial.

Le référentiel de formation ainsi que la détermination des modalités d'organisation, les objectifs et résultats attendus des organismes en charge de cette formation ont été élaborés par la direction générale de la cohésion sociale. Ce travail a été mené dans le cadre d'un groupe pluridisciplinaire associant France Alzheimer, la fondation Médéric Alzheimer, la société française de gériatrie et de gérontologie, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des personnes qualifiées et reconnues dans la réalisation d'actions de formation pour les aidants.

Une convention nationale relative à la formation des aidants a été signée le 24 novembre 2009 par la CNSA et France Alzheimer. La formation a démarré à la fin du deuxième semestre 2009 et bénéficie des cofinancements de la section IV du budget de la CNSA. Fin 2010, plus de 3 000 aidants ont bénéficié de cette formation et 400 personnes ont été formées par France Alzheimer pour assurer ces formations-sensibilisations.

Une instruction de mars 2011 demande aux agences régionales de santé de sélectionner des opérateurs locaux pour la réalisation de 2 500 actions de formation supplémentaires sur l'ensemble du territoire, financées sur la section IV du budget de la CNSA. Les appels à candidatures sont en cours et la CNSA a délégué aux agences régionales de santé 3 millions d'euros à ce titre en 2011.

Pour 2011 et 2012, l'objectif du Gouvernement est d'organiser sur l'ensemble du territoire 5 000 actions de « formation-information » pour les aidants sous l'égide des agences régionales de santé, invitées à contractualiser avec des opérateurs locaux.

● *Mesure n° 4 : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)*

Le développement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) est une mesure phare du plan Alzheimer 2008-2012 visant à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et plus généralement des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins.

Trop souvent, les personnes atteintes de la maladie et leurs familles ressentent le besoin d'être davantage accompagnées après l'annonce du diagnostic puis dans les différentes étapes de la maladie. L'enjeu est de parvenir à mettre fin aux difficultés rencontrées par les malades et leurs familles face à une multitude de dispositifs présents sur les territoires, mais insuffisamment articulés entre eux et n'aboutissant pas à une prise en charge coordonnée.

Contrairement à ce que leur nom indique, les MAIA ne se matérialisent pas par des maisons mais sont des réseaux. Elles fédèrent sur un territoire les structures déjà existantes (sanitaires et médico-sociales) amenées à se regrouper et à travailler ensemble en réseau autour de malades pour lesquels un véritable parcours de prise en charge doit être élaboré. Le maillage du territoire national à un niveau infra-départemental doit permettre une intervention des MAIA à l'échelle des bassins de vie. Toutefois, votre rapporteure estime que cette échelle infra-départementale ne doit pas faire obstacle à la création d'une MAIA départementale lorsque le réseau existe déjà et fonctionne bien à ce niveau.

Les MAIA ne s'adressent pas seulement aux malades d'Alzheimer et apparentés mais également à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie, ainsi qu'à leur entourage.

Après la phase d'expérimentation et d'observation conduite au cours des années 2009-2010, l'année 2011 inaugure une première phase de développement du dispositif avec la création de quarante nouvelles MAIA sur le territoire national, qui s'ajouteront aux quinze maisons labellisées fin 2011 à la suite de l'expérimentation.

La généralisation se fait sur une base budgétaire issue de l'expérimentation. Les agences régionales de santé peuvent, sur les besoins exprimés, mettre en place deux à trois postes de gestionnaires de cas et encourager les cofinancements pour construire des équipes plus importantes si le besoin le justifie.

L'article 78 de la loi de financement pour 2011 a inséré au sein du code de l'action sociale et des familles un article L. 113-3 qui donne une base légale aux MAIA et renvoie à un cahier des charges approuvé par décret le soin de fixer leurs modalités d'organisation et de fonctionnement. Il fixe les modalités de leur financement, assuré sur les crédits de la CNSA (section I du budget de la caisse, deuxième sous-section, dans un parallélisme avec les groupements d'entente

mutuelle pour la sous-section 1). Il dispose enfin que ces financements transitent par les agences régionales de santé (article L. 1431-2 du code de la santé publique) qui sont chargées de s'assurer du déploiement des MAIA et du respect du cahier des charges relatif à leur fonctionnement. Le décret annexant le cahier des charges des MAIA a été publié au *Journal officiel* le 30 septembre 2011.

L'objectif pour 2011 et 2012 et de généraliser, de manière maîtrisée, les dispositifs MAIA avec la création de 140 MAIA supplémentaires, 40 en 2011 et 100 en 2012, venant s'ajouter aux quinze sites expérimentaux qui ont été labellisés au terme d'une évaluation.

● *Mesure n° 5 : Mise en place de coordonnateurs/gestionnaires de cas au sein de ces MAIA*

Pour les situations complexes, le plan prévoit que les MAIA disposent de professionnels aguerris, des « coordonnateurs » ou « gestionnaires de cas », qui sont les interlocuteurs uniques de la personne, responsables du suivi sur le long terme de la coordination des différents intervenants.

À l'issue du plan, il est prévu la création de plusieurs centaines de postes de gestionnaires de cas élaborant un plan de services personnalisé et organisant la prise en charge multidisciplinaire adaptée à chacun. Le gestionnaire de cas sera le correspondant unique du médecin traitant et le porte-parole de la personne malade et de son entourage.

Plus de 80 personnes ont suivi une formation de gestionnaires de cas à l'Université Paris V René Descartes, 60 sont en poste dans les MAIA. Un référentiel national de formation est en cours de finalisation en lien avec la direction générale de l'offre de soins, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, certaines universités et des professionnels.

À la rentrée 2011, d'autres universités proposeront cette formation dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire (Marseille, Nantes, Bordeaux, Lille).

● *Mesure n° 6 : Intervention de personnels spécialisés au domicile*

L'une des mesures du plan prévoit un renforcement à domicile de l'offre de services de soins adaptés. Le recrutement d'un personnel spécialement formé – une compétence d'assistant de soins en gérontologie est créée – et la possibilité de recourir à un ergothérapeute ou un psychomotricien sont les gages d'une véritable amélioration de la prise en charge à domicile.

Ces interventions à domicile pour délivrer une prestation d'accompagnement et de réhabilitation des malades en stimulant leurs capacités restantes sont rendues possibles par la création d'équipes spécialisées. Ces équipes sont composées d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute et d'assistants de soins en gérontologie dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Une expérimentation avec quarante équipes spécialisées réparties sur l'ensemble du territoire a débuté en septembre 2009. Une évaluation des expérimentations a été réalisée de janvier à juin 2010, sur la base d'outils d'évaluation élaborés par la direction générale de la cohésion sociale en lien avec l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Plus de 1 200 personnes ont été prises en charge à domicile par ces quarante équipes spécialisées. Une étude mesurant l'impact des soins de réhabilitation et d'accompagnement réalisés par les équipes spécialisées et modélisant la prestation est en cours de finalisation par une équipe de recherche du CHU de Nantes.

En 2010, des crédits ont été dégagés (25 millions d'euros) pour financer le fonctionnement de 166 équipes spécialisées, à hauteur de 150 000 euros par équipe. Il est prévu d'atteindre 500 équipes fin 2012 à échéance du plan. Une circulaire avec en annexe le cahier des charges définitif pour le déploiement des équipes spécialisées Alzheimer des SSIAD a été diffusée aux agences régionales de santé en mars 2011.

Fin 2010, 114 équipes spécialisées Alzheimer étaient autorisées sur le territoire. L'objectif est d'autoriser 386 équipes en 2011 et 2012 pour parvenir à 500 équipes fin 2012.

● *Mesure n° 16 : Création ou identification dans les EHPAD d'unités pour les malades souffrant de troubles comportementaux*

Le plan a prévu de créer, pour les patients souffrant fréquemment de troubles psycho-comportementaux et en fonction du niveau de ces symptômes, deux types d'unités spécifiques:

– des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé, bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation ;

– des unités d'hébergement renforcées (UHR) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour douze à quatorze personnes, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités. Ces unités sont animées par des professionnels spécifiquement formés : un psychomotricien ou ergothérapeute et des assistants de soins en gérontologie.

À ce jour, 203 PASA et 95 UHR accueillent déjà des malades et 140 PASA et 62 UHR n'attendent plus que la visite de conformité pour démarrer leur activité.

Deux circulaires interministérielles des 7 janvier et 31 mai 2010 ont précisé les modalités de financement des PASA et des UHR, et la planification des besoins régionaux en fonction du nombre de malades déclarés en affection de longue durée, les critères d'admissibilité dans ces structures et les étapes de la labellisation.

Pour chacune des trois années 2010, 2011 et 2012, 38 millions d'euros sont budgétés pour permettre le développement de 8 333 places de PASA par an, conformément aux objectifs du plan de création de 25 000 places d'ici fin 2012.

En outre, 35 millions d'euros consacrés au développement des UHR ont été notifiés aux agences régionales de santé en 2010 afin de permettre le financement de la totalité de la cible sur le secteur médico-social, soit 1 670 places sur un total de 5 000 fin 2012, les 3 350 places restantes relevant du champ sanitaire et des unités de soins de longue durée redéfinies.

Par ailleurs, pour répondre aux enjeux et objectifs du plan Alzheimer, la priorité du plan d'aide à l'investissement de la CNSA est, en 2011, comme en 2010, le soutien à l'installation et à la création des PASA : une enveloppe de 42 millions d'euros est spécifiquement réservée au financement des opérations d'investissement les concernant, dont un montant de 20,5 millions d'euros par report de l'enveloppe non consommée en 2010.

L'objectif est de parvenir à l'installation, fin 2012, de 140 unités d'hébergement renforcé et de 1 780 pôles d'activités et de soins adaptés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Toutefois, le développement des PASA se heurte au nombre insuffisant des projets. Il était prévu d'en créer 600 en 2011, or au 30 mai 2011, à peine une vingtaine était labellisés. Ce décalage peut s'expliquer par la réserve des gestionnaires devant la modicité du forfait, et par le refus des conseils généraux d'assumer des charges supplémentaires de fonctionnement et d'investissement sur les tarifs hébergement et dépendance.

Les personnes auditionnées par votre rapporteure ont souligné la difficulté de répondre à l'exigence de surface minimale (200 m²). Ainsi, certains établissements souhaiteraient aussi pouvoir faire de l'accueil de jour dans les PASA. Votre rapporteure souhaite que la réglementation soit assouplie afin d'ouvrir cette possibilité.

3. Le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie

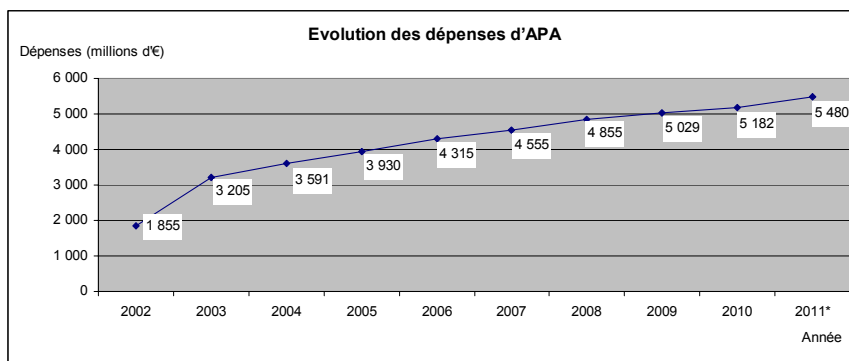
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans dont le niveau de dépendance, évalué à partir de la grille AGGIR en groupes Iso-Ressources (GIR), se situe entre 1 et 4 sur une échelle allant jusqu'à 6, du plus au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

La CNSA finance une partie de l'allocation, le reste étant à la charge des départements, mettant certains d'entre eux dans une situation financière particulièrement difficile.

a) Une dépense toujours dynamique

L'évolution dynamique des dépenses d'APA, qui sont passées de 1 855 millions d'euros en 2002 à 5 182 millions d'euros en 2010, correspond principalement, surtout jusqu'en 2007, à une augmentation du nombre des bénéficiaires de l'allocation (605 000 en 2002, 1 159 000 en 2010).

En 2010, 61 % de cette dépense concernait des bénéficiaires de l'APA à domicile, et 39 % des personnes hébergées en établissement



* Le montant des dépenses pour 2011 est prévisionnel

Source : direction générale de la cohésion sociale.

b) Une charge de plus en plus lourde pour les départements

Le concours de la CNSA aux départements fait l'objet de versements d'acomptes mensuels et d'une régularisation, opérée lorsque l'ensemble des données permettant de déterminer son montant et de calculer la répartition entre les départements est définitivement connu. Ce concours est retracé en section II du budget de la CNSA. Compte tenu de son mode de calcul, précisé ci-après, cette section est, par principe, en équilibre.

Le concours est déterminé 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 contribution de solidarité d'autonomie (CSA) ;
- une fraction du produit de CSG comprise entre 88 % et 95 % ;
- la participation des régimes d'assurance vieillesse (due au fait qu'ils prenaient en charge le GIR 4 avant 2001).

La fraction de CSG attribuée au financement de l'APA a été fixée à 94 % en 2010 et à 95 % en 2011. Ce taux est maintenu à 95 % dans la construction du budget de 2012. Cette augmentation induit une baisse des ressources de la section IV-1 à due concurrence (5 % de CSA, au lieu de 6 %).

Le tableau ci-dessous retrace les ressources propres de la CNSA dédiées au financement de la section 2 sur la période 2010-2011 hors produits financiers :

| | 2010 réalisé | | 2011 prév. | | 2012 prév. | |
|------------------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | M€ | % | M€ | % | M€ | % |
| Fraction des produits de CSG | 1 054 | -0,2 % | 1 095 | 3,9 % | 1 138 | 3,9 % |
| Fraction des produits de CSA | 448 | -2,4 % | 463 | 3,4 % | 482 | 4,1 % |
| Participation des régimes AV | 67 | 2,5 % | 68 | 1,5 % | 69 | 1,8 % |
| Financement de la section 2 | 1 569 | -0,7 % | 1 626 | 3,6 % | 1 689 | 3,9 % |

Source : annexe 8 au PLFSS.

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 revenu de solidarité activité (RSA) (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'arrêté du 16 novembre 2006 a fixé le taux à 30 % à compter de 2005.

Récapitulatif du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie

(en millions d'euros)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011* |
|--|--------|--------|--------|---------|---------|
| Dépense (1) | 4 555 | 4 855 | 5 029 | 5 182 | 5 480 |
| Concours CNSA (2) | 1 513 | 1 599 | 1 548 | 1 536,2 | 1 584,7 |
| Charge nette des départements (3)=(1)-(2) | 3 042 | 3 255 | 3 481 | 3 646 | 3 895 |
| Part du concours CNSA dans le financement | 33,2 % | 32,9 % | 30,8 % | 29,7 % | 28,9 % |

* Prévisions

Source : Direction générale de la cohésion sociale

La compensation des dépenses APA ne se limite cependant pas au concours de la CNSA mais doit inclure les ressources transférées au titre de l'Acte I de la décentralisation, lequel a procédé au transfert au département de la gestion de l'allocation compensatrice pour tierce personne. Les ressources affectées aux départements en compensation du transfert des prestations légales d'aide sociale lors de l'Acte I ont connu un dynamisme important. Ces ressources, issues des droits de mutation à titre onéreux et complétées par les crédits inscrits au sein de la dotation de compensation de la dotation générale de fonctionnement au titre de la compensation de la suppression des contingents communaux d'aide sociale, de la vignette et des exonérations de droits de mutation à titre onéreux, s'élèvent au total en 2010 à 680 millions d'euros. En tenant compte de ces ressources, le taux de couverture par l'État des dépenses relatives à l'APA s'élève à 42,8 % en 2010.

C. LES ACTIONS À DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Votre rapporteure rappelle qu'une partie seulement des politiques en faveur des personnes handicapées transite par la CNSA. Une part importante (plus de 9,8 milliards d'euros) est issue du budget de l'État et, plus précisément, du programme *Handicap et dépendance* de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* qui finance l'allocation adulte handicapé et les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Ainsi, le projet de loi de finances pour 2012 comprend des mesures importantes en faveur des personnes handicapées, notamment le recrutement d'auxiliaires de vie scolaire, l'augmentation de l'aide aux postes, et la création de 1 000 places dans les entreprises adaptées.

1. L'exécution du Plan Handicap

Le Plan Handicap, lancé en juin 2010, prévoit la programmation sur la période 2008-2012 de 41 450 places financées par l'assurance maladie (29 000 pour adultes et 12 000 pour enfants) auxquelles s'ajoutent 10 000 places d'ESAT financées par des crédits d'État, avec une ouverture avant 2015.

La programmation prévue sur cinq ans, et, au regard des délais de mise en œuvre, le financement est échelonné sur sept ans.

D'ici à 2012, au moins 30 000 places seront effectivement installées et mises en service. Les principaux objectifs de ce plan visent la réduction progressive des listes d'attente, l'amélioration de l'accompagnement des handicaps lourds – autisme, polyhandicap, troubles graves du comportement – et, enfin la prise en compte de l'avancée en âge de la population accueillie en établissements.

Le tableau suivant rappelle les prévisions du plan :

(en millions d'euros)

| Programmation de places nouvelles PH | total places 2008-2014 | total montants 2008-2014 |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Mesure enfance | | |
| Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) | 1 550 | 75,470 |
| Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) | 7 250 | 126,97 |
| Établissements pour polyhandicapés | 700 | 36,34 |
| Établissements pour autistes | 1 500 | 77,44 |
| Établissements déficients intellectuels | 1 000 | 35,17 |
| Centre ressources | | 10,35 |
| Centres d'action médico-social précoce (CAMSP) | | 33,06 |
| Centres médicaux psycho-pédagogiques (CMPP) | | 19,80 |
| Accueil temporaire | 250 | 10,36 |
| Total enfance | 12 250 | 424,97 |
| Mesures adultes | | |
| Maisons d'accueil spécialisées 35% / Foyers d'accueil médicalisés 65 % | 13 000 | 544,36 |
| médicalisation FAM/FV/FO | 2 500 | 59,91 |
| Accueil temporaire | 800 | 33,12 |
| Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et services de soins infirmiers à domicile | 12 900 | 177,90 |
| Établissement et services d'aide par le travail (ESAT) | 10 000 | 208,60 |
| Total adultes | 39 200 | 1 023,91 |
| Total enfants Adultes | 51 450 | 1 448,88 |

Source : direction générale de la cohésion sociale

Le bilan du plan au 31 décembre 2010 réalisé par la CNSA en juin 2011 donne les informations suivantes.

Près de 42 % de la totalité des places prévues par le plan ont été autorisées en trois ans sur l'ensemble du champ des enfants et des adultes handicapés financé par l'objectif général de dépenses, soit plus de 17 000 places.

Places autorisées et taux d'autorisation sur mesures nouvelles 2008-2010

| | Etablissements | | Services | | Autres établissements | | Total autorisés | |
|---------|----------------|---------|----------|----------|-----------------------|----------|-----------------|----------|
| | places | % | places | % | places | % | places | % |
| Adultes | 6 301 | 94,50 % | 3 931 | 100,80 % | 440 | 431,40 % | 10 672 | 100,00 % |
| Enfants | 2 406 | 99,20 % | 3 997 | 100,30 % | 290 | 98,60 % | 6 694 | 99,80 % |
| Total | 8 708 | 95,80 % | 7 928 | 100,50 % | 730 | 184,30 % | 17 366 | 99,90 % |

Taux d'autorisation = places autorisées/places notifiées

Source : direction générale de la cohésion sociale

Pour les années 2008 à 2010, le taux d'exécution ou d'installation (places installées / places autorisées) est relativement élevé puisqu'il est d'environ 77 %.

Toutefois il y a des écarts significatifs entre les secteurs enfants et adultes. En effet, le taux d'installation s'élève à 89 % pour les enfants alors qu'il est de

70 % pour les adultes. Ceci s'explique vraisemblablement par la proportion plus importante des services au sein de l'enveloppe « enfance handicapée », dont l'installation est plus rapide.

Places installées et taux d'exécution sur mesures nouvelles 2008-2010

| | Etablissements | | Services | | Autres établissements | | Total installées | |
|---------|----------------|---------|----------|---------|-----------------------|----------|------------------|---------|
| | places | % | places | % | places | % | places | % |
| Adultes | 3 456 | 51,80 % | 3 615 | 92,70 % | 438 | 429,40 % | 7 509 | 70,40 % |
| Enfants | 1 941 | 80,00 % | 3 759 | 94,30 % | 270 | 91,80 % | 5 970 | 89,00 % |
| Total | 5 396 | 59,30 % | 7 374 | 93,50 % | 708 | 178,80 % | 13 478 | 77,60 % |

Taux d'installation = places installées/places autorisées

Source : direction générale de la cohésion sociale

Le taux de consommation des enveloppes (crédits engagés / crédits notifiés) est de 63,8 %. On note également une disparité dans les taux de consommation entre les deux secteurs puisque 80,6 % des crédits pour l'enfance handicapée ont été consommés alors que moins de 53 % des crédits notifiés l'ont été pour le secteur des adultes.

Crédits engagés et consommés sur crédits de mesures nouvelles 2008-2010

(en millions d'euros)

| | Montants engagés | | | | | Montants consommés | | | | |
|---------|------------------|---------|------------|-----------------------|--------------|--------------------|---------|------------|-----------------------|----------------|
| | Etablissement | Service | CAMSP CMPP | Autres établissements | Total engagé | Etablissement | Service | CAMSP CMPP | Autres établissements | Total consommé |
| Adultes | 273,1 | 44,5 | - | 4,9 | 322,4 | 135,9 | 40,2 | - | 4,8 | 180,8 |
| Enfants | 110,3 | 73,1 | 17,8 | 8,7 | 209,9 | 84,6 | 68,6 | 16,3 | 7,7 | 177,2 |
| Total | 383,4 | 117,6 | 17,8 | 13,6 | 532,3 | 220,5 | 108,8 | 16,3 | 12,4 | 358,1 |

Source : direction générale de la cohésion sociale

Taux de consommation des enveloppes de mesures nouvelles 2008-2010

| | Taux d'engagement ³ | | | | | Taux de consommation ⁴ | | | | |
|---------|--------------------------------|----------|------------|-----------------------|---------------|-----------------------------------|---------|------------|-----------------------|-----------------|
| | Etablissement | Service | CAMSP-CMPP | Autres établissements | Total engagés | Etablissement | Service | CAMSP-CMPP | Autres établissements | Total consommés |
| Adultes | 95,20 % | 88,20 % | - | 124,30 % | 94,50 % | 47,40 % | 79,70 % | - | 120,60 % | 53,00 % |
| Enfants | 93,80 % | 103,80 % | 88,30 % | 75,00 % | 95,50 % | 71,90 % | 97,40 % | 81,00 % | 66,10 % | 80,60 % |
| Total | 94,80 % | 97,30 % | 88,30 % | 87,50 % | 94,90 % | 54,50 % | 90,00 % | 81,00 % | 79,90 % | 63,80 % |

Taux d'engagement = montants engagés/crédits notifiés

Taux de consommation = montants consommés / crédits notifiés

Enfin, le plan prévoit la création de 10 000 places d'ESAT. 5 400 places supplémentaires ont d'ores et déjà été financées soit : 2 000 places en 2008, 1 400 places en 2009 et 1 000 places en 2010 et en 2011. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution du nombre de places installées depuis 2008.

***Création de places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
financées par des crédits de l'État***

| | Nombre d'ESAT (1) | Nombre de places financées (2) | Nombre de places installées (3) et (4) (ETP) | Crédits attribués en Loi de finances initiale (5) |
|------|----------------------------------|---|---|--|
| 2008 | 1438 | 114 811 | 113 439 | 1 331 389 164 euros |
| 2009 | 1438 | 116 211 | 115 032 | 1.349 900 000 euros |
| 2010 | 1325 | 117 211 | 115 374 | 1 383 300 000 euros |

Source : STATISS de 2008 à 2010 - DGCS/3B puis ASP à partir de 2010.

En 2012, 100 millions d'euros seront consacrés au financement des places qui ouvriront en 2012. Le solde des crédits du plan de création de places, soit 363 millions d'euros, fera l'objet de deux notifications aux agences régionales de santé (autorisations d'engagements), fin 2011 et début 2012, dans le respect des objectifs initiaux.

2. Le financement de la prestation de compensation du handicap et des maisons départementales des personnes handicapées

Le financement par la CNSA de la prestation de compensation du handicap et des maisons départementales des personnes handicapées est retracé dans la section III de son budget.

a) Le concours de la CNSA à la section III

La participation de la CNSA à son financement sous forme de concours aux départements est retracée dans la section III. Le concours finance à la fois la prestation de compensation du handicap et les maisons départementales de personnes handicapées (MDPH).

Le montant du concours est calculé sur la base d'une fraction comprise entre 26 % et 30 % des recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Cette fraction était de 26 % en 2010 et en 2011. Elle serait maintenue à ce taux en 2012.

Ainsi, la fraction des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée au financement de la section III s'est élevée à 582 millions d'euros en 2010 et 602 millions d'euros en 2011. Il est prévu 626 millions d'euros pour 2012.

b) Le concours versé aux départements

La prestation de compensation du handicap (PCH) a été créée par la loi du 11 février 2005. Elle 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 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 (AAH). 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.

Son financement est assuré par les départements qui reçoivent un concours de la CNSA.

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

L'ensemble des critères et leur pondération ont par ailleurs été précisés dans le décret n° 205-1590 du 19 décembre 2005 (articles R. 14-10-32 à R. 14-10-37 du code de l'action sociale et des familles).

Il convient également de rappeler que les économies réalisées sur le versement de l'allocation compensatrice, prestation à laquelle la prestation de compensation du handicap se substitue progressivement, ont aussi vocation à être réinvesties par les départements pour contribuer au financement de la prestation de compensation du handicap (les dépenses de l'allocation compensatrice sont ainsi passées de 756 millions d'euros en 2006 à 537 millions d'euros en 2010).

Récapitulatif du financement de la prestation de compensation du handicap en incluant les économies réalisées au titre de l'allocation compensatrice

(en millions d'euros)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011** |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| PCH - dépenses annuelles | 79 | 277 | 568 | 843 | 1 078 | 1404 |
| <i>PCH -dépenses cumulées</i> | | 356 | 924 | 1767 | 2845 | 4249 |
| Concours annuels | 523* | 530* | 550* | 510* | 506 | 523 |
| <i>Concours cumulés</i> | | 1053 | 1603 | 2113 | 2619 | 3142 |
| Solde annuel | 444 | 253 | -18 | -333 | -572 | -881 |
| ACTP – dépenses annuelles | 756 | 683 | 629 | 580 | 541 | 462 |
| Taux de couverture brut annuel | 662 % | 192 % | 97 % | 60 % | 47 % | 37 % |
| <i>Taux de couverture brut cumulé</i> | - | 296 % | 173 % | 120 % | 92 % | 74 % |
| Taux de couverture annuel net de la baisse des dépenses ACTP | 662 % | 249 % | 119 % | 81 % | 66 % | 58 % |

* Montant des concours définitifs

** Estimations des dépenses et concours pour 2011

Source : direction générale de la cohésion sociale.

c) Le financement des maisons départementales des personnes handicapées

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

Le versement de ce concours 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.

L'ensemble des structures départementales est maintenant mis en place et toutes les conventions d'appui à la qualité de services ont été conclues avec les maisons.

Pour 2010 et 2011, le concours représentait 60 millions d'euros. En outre, une régularisation de 5 millions d'euros du concours versés aux départements a été effectuée en 2010 au titre de l'année 2009. Pour 2012, il est prévu un concours de 60 millions d'euros également.

*

* *

EXAMEN DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À LA BRANCHE MÉDICO-SOCIAL

La commission a procédé à l'examen des articles relatifs aux dépenses du secteur médico-social au cours de sa première séance du mercredi 19 octobre 2011.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 37

Expérimentation d'une modulation du forfait soins des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes en fonction de leur performance

Le présent article vise à expérimenter la prise en compte de la performance des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes dans la tarification du forfait relatif aux soins.

1. Les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles fixe les principes de la tarification des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que des unités de soins de longue durée (USLD). Ses dispositions ont fait l'objet d'une modification importante en 2009 qui se heurte à des difficultés d'application et n'est pour l'instant pas mise en œuvre.

a) La médicalisation et la convergence tarifaire

Depuis le 1^{er} janvier 1999, la dotation des établissements médico-sociaux et de soins accueillant des personnes âgées dépendantes est fixée par une convention tripartite dont les trois signataires sont, depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'établissement, le président du conseil général représentant le département et la direction départementale de l'action sanitaire et sociale représentant l'État.

Dès lors qu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) a signé une convention tripartite, son budget doit être décomposé en trois sections indépendantes quant à leurs charges et leurs produits :

- le tarif, ou forfait de soins ;
- le tarif, ou forfait dépendance, permettant de compenser la perte d'autonomie des personnes concernées ;
- le tarif, ou forfait d'hébergement, permettant de couvrir les frais d'hôtellerie et de restauration des personnes âgées.

En 2007 a été lancé le processus de médicalisation de seconde génération (« pathossification »), selon lequel le forfait soins doit être fondé sur une évaluation des besoins de soins des résidents, évalué par les systèmes GMPS (groupe iso-ressources moyen pondéré du modèle AGGIR) et PMP (pathos moyen pondéré). L'attribution des crédits au titre de la médicalisation requiert la signature ou le renouvellement des conventions tripartites : pour beaucoup d'établissements, l'application de cette tarification implique une augmentation du forfait soins.

La loi de financement pour 2008 a introduit la notion de convergence tarifaire entre établissements, en donnant au ministre chargé de la sécurité sociale le pouvoir de « *fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux* ». Cette disposition vise à mettre en œuvre l'objectif de « *réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services prenant en charge des populations comparables* ». Les tarifs plafonds fixés par le ministre doivent permettre de piloter l'allocation des enveloppes de dépenses médico-sociales de l'ONDAM médico-social entre les établissements et services, afin de réduire les inégalités de moyens.

b) Les principes posés par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

L'article 63 de la loi de financement pour 2009, modifiant l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, a institué une tarification à la ressource, proche dans son esprit de la tarification à l'activité (T2A) mise en œuvre dans le secteur hospitalier. Il vise à approfondir la démarche de tarification en fonction des besoins en soins, en rendant automatique l'application des tarifs en fonction des besoins évalués par les outils précités. Il n'y aurait plus de négociation entre les acteurs, mais la fixation de tarifs uniformes.

L'article 63 précité dispose que le forfait global relatif aux soins est calculé selon une équation tarifaire qui prend en compte à la fois le niveau de besoins en soins requis des résidents évalué par l'outil « Pathos », le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement évalué par la grille AGGIR, la

capacité permanente de l'établissement et la valeur du point fixée par arrêté ministériel. Le forfait global relatif aux soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Par ailleurs, l'article 63 autorise 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. Ce dispositif s'applique aux dotations de financement des dépenses d'assurance maladie. Il est rendu nécessaire par la procédure de fixation de l'objectif de dépenses d'assurance maladie financé par l'ONDAM médico-social (personnes handicapées et personnes âgées) et les ressources propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) affectées à ces établissements.

L'application de l'article 63 de la loi de financement pour 2009 nécessitait un décret qui doit notamment établir la nouvelle procédure budgétaire. Le projet de décret a donné lieu à de nombreuses consultations, avant d'être rejeté par certaines fédérations d'établissements.

Il apparaît aussi qu'un certain nombre de données indispensables à la mise au point du décret font encore défaut, notamment le montant des économies de soins de ville procuré par l'application du tarif global⁽¹⁾, ce qui a conduit le Gouvernement à différer la publication de ce texte réglementaire, et à confier à l'Inspection générale des affaires sociales une mission relative au financement des soins dispensés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le rapport définitif de la mission est attendu pour le mois d'octobre 2011. Le Gouvernement également décidé de geler l'application du tarif global.

Sur la base des conclusions de ce rapport et des travaux conduits par les administrations concernées, le Gouvernement souhaite conduire une expérimentation, afin de vérifier les conditions de choix de l'option tarifaire ainsi que les modalités d'adaptation de la tarification à la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Tel est l'objet du présent article.

2. La prise en compte de la qualité de la prise en charge dans la tarification

L'expérimentation proposée s'applique au forfait global relatif aux soins. Il s'agit de prendre en compte la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées dans la détermination du forfait soins des établissements.

(1) Le dernier projet de décret prévoyait la généralisation de la tarification globale. En janvier 2009, d'après les données de la CNSA, environ 80 % des EHPAD avaient fait le choix du tarif partiel pour la prise en charge de leurs dépenses de soins et 20 % avaient opté pour le tarif global. Le tarif partiel prend en compte les auxiliaires médicaux salariés, les aides soignants, le médecin coordonnateur, les actes des infirmiers libéraux ou encore le matériel médical de l'établissement. Quant au tarif global, il comprend la rémunération des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement et leurs prescriptions, celle des auxiliaires médicaux libéraux, ainsi qu'une partie des actes de biologie et de radiologie et des médicaments.

a) Une meilleure prise en charge des personnes âgées permettrait de réaliser des économies sur les dépenses d'assurance maladie

La qualité de la prise en charge des personnes âgées dans les établissements d'hébergement a des conséquences évidentes sur les dépenses d'assurance maladie. Ainsi, l'ergonomie des locaux peut permettre d'éviter les chutes et donc les hospitalisations des résidents.

Ainsi, dans sa contribution au débat sur la dépendance ⁽¹⁾, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) estime que 2 milliards d'euros pourraient être économisés sur les hospitalisations de personnes âgées si leur prise en charge était efficiente.

Le Haut conseil souligne ainsi l'importance du « juste recours à l'hôpital » pour les personnes âgées. « Une partie vraisemblablement importante de ce surcroît de dépense de soins pour les personnes dépendantes tient à ce que leurs cheminements dans la succession des soins et des prises en charge s'éloignent de l'optimum, faute d'intervention au bon moment de la réponse la plus adaptée ».

« La qualité du "trajet de santé" des personnes se dégrade avec l'âge et cette dégradation est elle-même fortement variable d'un territoire à un autre ». Cette variabilité territoriale, testée et illustrée par le Haut conseil sur la durée moyenne de séjour, met clairement en cause la façon dont s'organise, territoire par territoire, l'environnement soignant et social des personnes âgées. Il indique que la variabilité territoriale de la durée moyenne de séjour est extrêmement marquée sur certaines pathologies fortement invalidantes.

La marge de progression de 2 milliards d'euros repose sur l'hypothèse d'une convergence des durées de séjour des personnes âgées hospitalisées vers celles qui sont observées dans les territoires de résidence où elle est la plus faible, en se limitant aux seules six affections dont la durée moyenne de séjour varie le plus fortement avec l'âge.

C'est ainsi que le Gouvernement souhaite encourager les établissements à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées, à travers la mesure proposée.

b) Le dispositif proposé

L'**alinéa 1** précise que l'expérimentation durera au maximum trois ans à compter de l'exercice 2012.

L'**alinéa 2** autorise à déroger au 1° de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire aux règles de tarification du forfait global relatif aux soins. Ainsi, ce forfait pourra être modulé en fonction de la

(1) « Assurance maladie et perte d'autonomie » – Contribution du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie au débat sur la dépendance des personnes âgées, rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011.

performance des établissements, mesurée par des indicateurs de qualité et d'efficience, dont la liste est fixée par décret.

L'expérimentation a ainsi pour objet de tester des indicateurs mesurant de façon pertinente la qualité de la prise en charge des personnes âgées, et de définir les conditions de modulation des ressources en fonction des résultats obtenus par les établissements.

Votre rapporteure souhaite cependant que dans le cadre de l'expérimentation, la modulation du forfait ne puisse se faire qu'à la hausse. En effet, tant que les établissements n'ont pas tous bénéficié de la médicalisation de seconde génération, et que la convergence tarifaire n'est pas achevée, il n'est pas possible d'envisager une diminution de la dotation. C'est pourquoi votre rapporteure propose un amendement indiquant que cette modulation est une majoration.

Votre rapporteure insiste sur le fait que les établissements ne sont, pour l'instant, pas égaux devant les dotations budgétaires, et qu'on ne peut pas attendre d'un établissement qui dispose d'une aide-soignante pour douze résidents d'offrir la même qualité de prise en charge qu'un établissement qui peut financer une aide-soignante pour huit résidents.

L'alinéa 3 prévoit que les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont déterminées par un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'État.

Ce décret est différent de celui prévu à l'article 2. Le décret fixant le cahier des charges est un décret en Conseil d'État, alors que le décret fixant la liste des indicateurs utilisés dans le cadre de l'expérimentation est un décret simple.

Les indicateurs utilisés seront choisis parmi ceux actuellement testés par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), auxquels s'ajouteront des indicateurs issus des travaux de la Haute Autorité de santé.

L'alinéa 4 précise que les expérimentations seront régionales : entre trois et quatre agences régionales de santé devraient être désignées par un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale. Celles-ci choisiront les établissements participant à l'expérimentation parmi les établissements volontaires, en fonction de critères définis dans le cahier des charges national. Parmi ces critères, l'étude d'impact indique le fait pour un établissement d'être sous le régime du « tarif partiel ».

La recherche d'établissements volontaires suppose qu'il y ait une incitation à participer à l'expérimentation. Le cahier des charges devrait prévoir la possibilité d'octroyer un financement complémentaire. L'étude d'impact estime l'incitation financière entre 2 et 5 millions d'euros pour l'ensemble des

établissements participant à l'expérimentation. Cette dotation sera financée dans le cadre de l'ONDAM médico-social.

À terme, le Gouvernement considère que le dispositif doit permettre de réaliser des économies, notamment *via* une diminution des hospitalisations inadéquates.

L'**alinéa 5** prévoit qu'un bilan annuel des expérimentations sera réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale et transmis au Parlement. En outre, un rapport d'évaluation sera réalisé avant le terme de l'expérimentation, en vue d'une éventuelle généralisation.

L'étude d'impact indique qu'une mesure législative fixant le caractère opposable des indicateurs à l'ensemble des établissements devra intervenir en 2013 et que les modifications législatives et réglementaires du forfait global relatif aux soins interviendront au vu des conclusions de l'expérimentation fin 2014.

*

La Commission est tout d'abord saisie des amendements AS 213 de M. Jean-Luc Prével et AS 349 de Mme Jacqueline Fraysse, tendant à supprimer l'article.

M. Jean-Luc Prével. L'article 37 prévoit une expérimentation de trois ans pour valider les indicateurs de la qualité de la prise en charge dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et définir les conditions de modulation des ressources à partir du score obtenu par les établissements. Mais le texte ne garantit pas que seront reconnus le niveau de dépendance et les besoins en soins médico-techniques requis par les résidents. Il en résultera une insécurité financière pour les établissements. Avant d'élaborer de nouveaux critères de modulation sur la base d'outils et d'indicateurs aujourd'hui inconnus, *a fortiori* non encore validés scientifiquement, pourquoi ne pas commencer d'appliquer les éléments de la tarification des EHPAD prévus par l'article 63 de la loi de financement pour 2009, et en évaluer les effets à moyen terme ?

Mme Jacqueline Fraysse. Contrairement à ce que le Gouvernement tente de faire croire pour masquer son abandon scandaleux de la réforme de la dépendance, la situation des EHPAD est très loin d'être satisfaisante. Au manque chronique de places s'ajoutent de profondes disparités entre établissements. Il serait donc extrêmement dangereux que leurs ressources soient modulées en fonction du score obtenu pour la qualité de la prise en charge, évaluée à partir d'une batterie d'indicateurs. Cela risquerait d'accentuer encore les inégalités entre établissements, lesquels seraient contraints d'entrer en compétition les uns avec les autres, avec, à terme, une prise en charge à plusieurs vitesses.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Le rapport d'information de Valérie Rosso-Debord sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ainsi que

les quatre groupes de travail sur ce thème mis en place par Mme Bachelot, ont établi que les règles actuelles de tarification ne peuvent durer. Certains établissements n'ont plus les moyens financiers de s'occuper correctement de leurs résidents – Bérengère Poletti, avec qui j'ai visité plusieurs EHPAD en difficulté du fait d'une diminution constante de leurs crédits, le sait bien. On nous dit qu'un cahier des charges national sera approuvé par décret. Pourrions-nous en savoir davantage ? Souvenons-nous de M. Philippe Bas expliquant, lorsqu'il était secrétaire d'État aux personnes âgées, que le ratio personnels/résidents devait être d'un pour un. On n'en est qu'à 0,65, alors même que les résidents sont de plus en plus lourdement dépendants à leur entrée en établissement.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le secteur médico-social. Je suis défavorable à ces amendements. L'article 37 propose une expérimentation tout à fait intéressante. Sur la base du volontariat, des établissements ayant cherché à optimiser l'utilisation de leur forfait soins, en évitant par exemple des hospitalisations, pourront s'en prévaloir pour prétendre au bénéfice des crédits d'une enveloppe supplémentaire. Il s'agit d'une incitation. Contrairement à ce qui est parfois dit, la prise en compte du PATHOS moyen pondéré (PMD) dans le calcul du forfait soins n'a pas fait baisser les moyens des établissements, bien au contraire. Elle a pu entraîner des augmentations allant jusqu'à 20 %. J'ajoute que l'ONDAM médico-social augmentera de 6,2 % en 2012 pour les personnes âgées, 140 millions d'euros étant prévus pour médicaliser 84 000 établissements.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Afin d'éviter des hospitalisations inutiles, certains EHPAD ont eu recours à la télé-médecine, en partenariat avec des hôpitaux. Cela produit de bons résultats. Pourtant cela n'a pas empêché un établissement parisien qui travaille avec l'hôpital européen Georges Pompidou de voir ses crédits diminuer.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Précisément, dans un tel cas, l'établissement pourra dorénavant faire valoir cette expérimentation et prétendre à une augmentation de sa dotation.

La Commission rejette les amendements AS 213 et AS 349.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 390 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure.

Elle en vient à l'amendement AS 102 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je demande que la prise en compte par les agences régionales de santé du GIR moyen pondéré (GMP) et du PATHOS moyen pondéré (PMP) dans l'allocation du forfait soins soit plus stricte, de façon à aider les établissements qui en ont le plus besoin.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Défavorable. Il serait dommage de restreindre le champ de l'expérimentation aux établissements qui sont au plafond, d'autant qu'elle ne concernera que les établissements volontaires.

La Commission rejette l'amendement AS 102.

Elle examine ensuite l'amendement AS 471 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit de préciser que l'expérimentation prévue s'effectue dans le respect de la déontologie des professionnels de santé, en particulier des médecins, exerçant en EHPAD.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Le respect de la déontologie s'impose en toutes circonstances. Ne laissons pas accroire qu'elle pourrait n'être pas toujours respectée !

Mme Catherine Lemorton. Je partage l'avis de la rapporteure. Pour le reste, n'oublions pas que les inégalités qui ont pu se creuser entre les personnes tout au long de la vie sont encore plus criantes en fin de vie. Avant de faire des comparaisons entre EHPAD, il faudrait tenir compte des caractéristiques de la population qu'ils accueillent.

La Commission rejette l'amendement AS 471.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 391 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, et AS 101 de M. Dominique Tian.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Ces amendements précisent que, dans le cadre de l'expérimentation, la modulation du forfait soins en fonction de la qualité de la prise en charge ne peut intervenir qu'à la hausse.

La Commission adopte les amendements AS 391 et AS 101.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS 392 et AS 393 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure.

Elle adopte ensuite l'article 37 modifié.

Après l'article 37

La Commission est tout d'abord saisie de l'amendement AS 219 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Depuis février 2010, les élus de l'Association des départements de France (ADF) et les représentants du Collectif de l'aide à domicile négocient une réforme de la tarification des services d'aide à domicile. Les travaux ont été menés à partir d'un constat partagé sur l'inégalité d'accès à l'aide à domicile sur le territoire et la complexité de son pilotage par les départements. Mme Ratte, dans le rapport qu'elle a remis au printemps dernier à Mme Bachelot, préconise une réforme législative d'ensemble du secteur. Mon amendement vise à sécuriser, sur le plan juridique, la préfiguration de cette réforme dans une dizaine de départements.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. J'ai été chargée par Mme Bachelot d'un rapport sur la tarification des services d'aide à domicile. Le Doubs s'est porté candidat pour expérimenter une nouvelle tarification, mais d'autres départements discutent encore les propositions de l'ADF, lesquelles ne sont donc pas totalement finalisées. L'Inspection générale des affaires sociales, dans son propre rapport, formule des propositions quelque peu différentes. Dans le rapport que je présenterai à la ministre en décembre, je proposerai différentes expérimentations, parmi lesquelles celle souhaitée par l'ADF. Il serait en revanche prématuré d'imposer dès à présent tel ou tel schéma par la loi.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Il est urgent de réformer la tarification des services d'aide à domicile, dont beaucoup sont en grave déséquilibre financier. Quelques liquidations judiciaires ont même été prononcées, provoquant des ruptures d'aide aux bénéficiaires et des suppressions d'emplois. Il faut absolument avancer sur ce sujet d'importance.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Le projet de loi de finances prévoit une enveloppe de 50 millions d'euros, qui sera répartie entre les agences régionales de santé, afin d'apporter une aide ponctuelle aux services en difficulté. Au-delà, il faudra réformer la tarification.

M. Jean-Luc Prél. Votre rapport ne sera rendu qu'à la fin de l'année ; la clarification n'interviendra donc, au mieux, que dans le courant de l'année prochaine. Or il y a urgence !

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Le fonds susmentionné permettra d'aider les services en difficulté en attendant la nouvelle tarification.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Monsieur le président, les années précédentes, vous aviez coutume de déplorer qu'un trop grand nombre de rapports était demandé à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il s'avère que, sur la question de l'aide à domicile pour les personnes âgées, Bérengère Poletti, Denis Jacquat et moi-même avons beaucoup travaillé dans le cadre de la mission présidée par Valérie Rosso-Debord et que j'ai participé, pendant quatre mois, aux travaux du groupe de travail de Mme Ratté. Certes, il convient de réformer la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) et le modèle PATHOS, mais j'ai le sentiment qu'on accumule rapport sur rapport afin de dissimuler le véritable problème, à savoir que les départements n'arrivent plus à financer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et que la grande réforme de la dépendance promise depuis des années n'a pas eu lieu.

La Commission rejette l'amendement AS 219.

Puis elle examine les amendements identiques AS 41 de M. Jean-Marie Rolland et AS 121 de Mme Valérie Boyer.

M. Jean-Marie Rolland. Ces amendements visent à intégrer dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coût résultant des sujétions financières tenant à la géographie, comme cela existe déjà dans le secteur du court séjour hospitalier.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Avis défavorable : ce n'est pas aux forfaits soins de prendre en compte les différences de coût du foncier, mais aux forfaits relatifs à l'hébergement. En outre, comme il s'agit d'une enveloppe fermée, toute modulation au bénéfice de certains établissements se ferait nécessairement au détriment des autres.

La Commission rejette les amendements AS 41 et AS 121.

Article additionnel après l'article 37

Rapport sur les écarts de coûts supportés par les établissements et service résultant de la législation sociale et fiscale

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS 497 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, et les amendements identiques AS 40 de M. Jean-Marie Rolland, AS 120 de Mme Valérie Boyer et AS 196 de M. Jean-Luc Préel.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Cela fait plusieurs années que nous attirons l'attention du Gouvernement sur le fait que les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) supportent des charges sociales et fiscales variables suivant leur statut juridique. Mon amendement tend à demander au Gouvernement de nous remettre un rapport sur le sujet, de façon à ce que l'on puisse apporter les modifications qui s'imposent.

M. Jean-Marie Rolland. J'aurais souhaité aller plus loin et introduire dès maintenant des coefficients correcteurs, mais j'espère que l'amendement de la rapporteure nous permettra de réduire les écarts de coûts entre les différents établissements dans les prochaines années.

M. Jean-Luc Préel. Nos amendements visent de fait à intégrer, dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux, les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes. Nous risquons de perdre du temps avec la rédaction d'un rapport.

M. Guy Lefrand. Madame la rapporteure, pourquoi évoquer les seuls EHPAD et SSIAD ? *Quid* des autres établissements et de l'hospitalisation à domicile (HAD) ?

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Je n'ai été saisie d'aucune demande à leur sujet, mais je n'ai aucun *a priori* en la matière. On verra lors de l'examen en séance publique. Vous pourrez proposer un sous-amendement.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Il est vrai qu'il existe une demande des associations et des centres d'action sociale en ce sens. S'il s'agit de clarifier les choses, je suis d'accord, mais si l'objectif est de retirer au service public les maigres avantages dont il peut bénéficier par rapport au privé, je m'y oppose.

M. Dominique Tian. J'abonde dans le sens de Jean-Luc Prével : il est inutile de demander un rapport supplémentaire, alors que nous disposons du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur le sujet. Il est temps de passer à l'action !

La Commission adopte l'amendement AS 497.

Article additionnel après l'article 37

(article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles)

Suspension de la convergence tarifaire des établissements

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette les amendements AS 40, AS 120 et AS 196.

Puis elle est saisie, en discussion commune, des amendements AS 394 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, AS 265 de Mme Marisol Touraine et AS 361 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Dans la mesure où la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile a été reportée et que le décret concernant les EHPAD n'a pas été publié, il me semble nécessaire d'avoir une discussion avec le Gouvernement sur cette question compliquée. Dans cette attente, je propose de suspendre durant un an la convergence tarifaire entre les EHPAD.

M. Jean Mallot. La date du 31 décembre 2012 ne me paraît pas anodine... Vous dites être favorable à la convergence, mais vous la renvoyez à plus tard, avec des modalités à définir. Au fond, vous êtes contre, mais vous ne voulez pas le reconnaître !

M. Guy Lefrand. Je suis déçu par cette proposition, qui n'est pas cohérente avec notre action tant législative que gouvernementale.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Notre amendement vise à abroger le dispositif de convergence tarifaire. Depuis sa mise en place, on ne cesse de nous alerter sur les conséquences d'une réforme qui n'a jamais été débattue sur le fond, et qui n'a pas fait l'objet d'une concertation avec les organisations représentatives du secteur. Bref, on a créé plus de difficultés que d'avancées !

Mme Jacqueline Fraysse. Je suis d'accord. Il faut tenir compte de la réalité du terrain : ce n'est pas seulement « compliqué », cela met en difficulté les établissements et, par conséquent, l'accueil des personnes âgées !

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Avis défavorable sur les amendements AS 265 et AS 361, qui sont des amendements extrémistes. Contrairement à ce que prétend Jean Mallot, je ne suis pas opposée à la convergence tarifaire.

Par ailleurs, je ne peux pas laisser dire que nous avons mis les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées en difficulté, puisque nous avons accru leurs dotations de 70 % en cinq ans. Aucun autre secteur n'a bénéficié d'une telle augmentation !

La Commission adopte l'amendement AS 394.

En conséquence, les amendements AS 265 et AS 361 n'ont plus d'objet.

Article additionnel après l'article 37

(article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles)

Expérimentation de dérogations tarifaires permettant de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social

La Commission en vient aux amendements identiques AS 489 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, AS 44 de M. Jean-Marie Rolland et AS 123 de Mme Valérie Boyer.

M. Jean-Marie Rolland. Ces amendements ouvrent la possibilité d'engager des expérimentations de dérogations tarifaires à l'échelle d'un territoire de santé, en accord avec les agences régionales de santé, les conseils généraux et les établissements et services sanitaires. On définirait ainsi des « zones franches », dans lesquelles on pourrait mener des innovations administratives et financières en direction des personnes âgées.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Il s'agit d'une des propositions du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

La Commission adopte les amendements AS 44, AS 123 et AS 489.

Article additionnel après l'article 37

(article L.314-9-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

Tarifification des services de soins infirmiers à domicile

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS 395 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, AS 43 de M. Jean-Marie Rolland, AS 104 de M. Dominique Tian et AS 293 de Mme Marisol Touraine.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Mon amendement pose les bases d'une nouvelle tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), fondée sur les besoins en soins et l'état de dépendance des patients. Il s'agit

d'analyser la situation sur le terrain avant la mise en place, dans un an, de la nouvelle tarification.

Je préfère mon amendement, ou celui de Dominique Tian, à l'amendement de Jean-Marie Rolland, car il convient de préciser la date du 1^{er} janvier 2014.

M. Jean-Marie Rolland. Je me rallie donc à l'amendement de la rapporteure.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Notre amendement est quasiment identique. Nous prenons donc date !

M. Georges Colombier. Étant vice-président d'un SSIAD, j'estime que ces amendements vont dans le bon sens.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Évitions toutefois de répéter les erreurs commises lors de la mise en place du référentiel PATHOS, conçu par quelques technocrates dans un coin de cabinet. Il faudrait qu'avant que le décret tarifaire soit publié, nous puissions examiner les nouvelles grilles et en discuter avec les professionnels.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. J'en suis d'accord.

M. Denis Jacquat. Je suis moi aussi favorable à ces amendements fort sages.

Les amendements AS 43, AS 104 et AS 293 sont retirés.

La Commission adopte l'amendement AS 395.

Article 38

(article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

Plan d'aide à l'investissement 2012 dans les établissements médico-sociaux

Le présent article vise à prévoir un plan d'aide à l'investissement de 48 millions d'euros dans le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour 2012.

1. Avec l'épuisement des réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, il est nécessaire de consacrer une enveloppe à l'investissement

Jusqu'en 2011, les plans d'aide à l'investissement figurant dans la section V du budget de la CNSA étaient financés par les réserves de celle-ci, elles-mêmes constituées grâce à la sous-consommation récurrente de l'objectif global de dépense médico-social.

L'article 69 de la loi de financement pour 2008, créant l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles, a pérennisé l'intervention de la caisse nationale en matière d'aide à l'investissement à partir de la mobilisation de ses fonds propres.

Cependant, l'épuisement des réserves de la CNSA implique la nécessité de trouver un autre moyen de financement pour les investissements : ces réserves sont estimées à moins de 57 millions d'euros fin 2011. Avec la nouvelle procédure budgétaire, selon laquelle l'objectif global de dépense est bâti à partir des crédits de paiement nécessaires aux besoins de l'exercice, le phénomène de sous-consommation de cet objectif devrait disparaître.

Le projet de loi de financement pour 2011 ne prévoyait initialement aucun plan d'aide à l'investissement ; à l'initiative de la rapporteure du Sénat, Mme Sylvie Desmarescaux, le législateur a inscrit le financement d'un plan d'aide à l'investissement de 92,8 millions d'euros en prélevant 4 % de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) initialement destinés à la section I de la CNSA pour les affecter à la section V, pour l'année 2011 seulement (article 78 de la loi de financement pour 2011 modifiant l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles). Ce plan a finalement été porté à 113,1 millions d'euros en incluant le solde des crédits des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) ainsi que des unités d'hébergement renforcées du plan Alzheimer non notifiées en 2010.

Dans son rapport sur le volet médico-social du projet de loi de financement pour 2011, Mme Sylvie Desmarescaux rappelait que dans leur enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense réalisée en 2009, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances avaient certes recommandé la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire, mais également l'inscription explicite d'une enveloppe de financement au titre du plan d'aide à l'investissement permettant la poursuite d'actions de modernisation des établissements sociaux et médico-sociaux.

2. Le dispositif de financement proposé pour le plan d'aide à l'investissement 2012

L'article 38 modifie l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Il prévoit l'affectation de 2 % des recettes de la contribution sociale pour l'autonomie, prélevés sur la section I de la CNSA, à la section V, selon le même mécanisme prévu par la loi de financement pour 2011.

Ainsi, le I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, relatif au financement de la section I de la CNSA, c'est-à-dire au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux par l'objectif global de dépense, est modifié afin de prévoir :

– une affectation de 13 % du produit de la contribution à l'objectif global de dépense relatif aux personnes handicapées en 2012 (**alinéa 3**), au lieu de 12 % en 2011 – la loi prévoyant que ce taux doit être compris entre 10 % et 14 % ;

– une affectation de 39 % du produit de la contribution à l’objectif global de dépense relatif aux personnes âgées en 2012 (**alinéa 4**), au lieu de 38 % en 2011 et de 40 % les autres années.

L’**alinéa 6** rétablit, dans le III de l’article L. 14-10-5, le taux de 40 % du produit de la contribution auquel doivent correspondre l’ensemble des dépenses consacrées aux personnes handicapées dans le budget de la CNSA. L’**alinéa 8** prévoit néanmoins que ce taux est fixé à 39 % en 2012. L’annexe 8 du projet de loi indique que 12,5 % des recettes de la contribution seront affectées aux établissements et services accueillant des personnes handicapées, et 26 % au financement de la prestation de compensation du handicap.

Les **alinéas 9, 10 et 11** modifient le V de l’article L. 14-10-5 afin de prévoir qu’en 2012, 2 % du produit de la contribution sociale pour l’autonomie sont affectés, au sein de la section V, au financement des opérations d’investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services relevant de la CNSA, ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée, répartis à parts égales entre établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées.

3. Le coût du dispositif

Les recettes issues de la contribution étant estimées à 2 410 millions d’euros en 2012 dans l’annexe 8 du présent projet de loi, le montant dégagé pour le financement du plan d’aide à l’investissement devrait s’élever à 48,2 millions d’euros.

L’étude d’impact de l’article 38 indique que le coût de ce plan d’aide sera compensé par l’assurance maladie à travers l’ONDAM médico-social pour un montant de 48 millions d’euros.

Ce montant devrait permettre de poursuivre la modernisation des établissements et l’effort d’adaptation de l’offre pour les malades d’Alzheimer, tout en préservant un objectif global de dépense pour la section I compatible avec la poursuite du financement des plans gouvernementaux.

Votre rapporteure se félicite qu’un tel dispositif soit mis en place, permettant d’assurer un plan d’aide à l’investissement dans le contexte de la disparition des réserves de la CNSA. Le montant de 48 millions d’euros devrait générer des investissements bien plus importants avec la participation des autres financeurs (État, conseils généraux, assurance maladie, assurance vieillesse, etc.), grâce à un effet de levier estimé à un facteur 6 par la CNSA.

*

La Commission adopte l’article 38 sans modification.

Après l'article 38

La Commission est saisie de l'amendement AS 267 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. Cet amendement tend à abroger l'article 63 de la loi de financement pour 2009, qui vise à réformer en profondeur la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le projet de décret tarifaire a été rejeté par les organisations représentatives du secteur médico-social qui déplorent les conséquences d'une réforme qui n'a jamais fait l'objet d'un débat sur le fond.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Avis défavorable : même si la réforme de la tarification est complexe à mettre en œuvre, il faut la mener jusqu'à son terme. Tâchons cependant de ne pas répéter, sur les services à domicile, les erreurs que nous avons commises sur les EHPAD.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 267.*

ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Cabinet de la ministre des Solidarités** – **M. Grégoire François Dainville**, chef de pôle handicap et dépendance, **M. Fabrice Perrin**, conseiller budgétaire, **M. Fabrice Staad**, conseiller.
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. Gérard Vincent**, délégué général, **M. Cédric Arcos**, directeur de cabinet et **Mme Murielle Jamot**, adjointe chargée du secteur vieillesse handicap.
- **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA)** – **M. Jean-Alain Margarit**, président, représentant du SYNERPA au conseil de la CNSA et **Mme Florence Arnaiz-Maumé**, déléguée générale.
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** – **M Alain Villez**, conseiller technique « personnes âgées » et **M. Laurent Thévenin**, conseiller technique « santé-Handicap ».
- **Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA)** – **M. Emmanuel Verny**, directeur général.
- **Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** – **Mme Christine Dupré**, présidente et **M. Igor Dupin**, secrétaire général.
- **Assemblée des départements de France** – **M. Yves Daudigny**, Président, et **Mme Marylène Jouvien**, attachée parlementaire.
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** – **M. Luc Allaire**, directeur, **M. Laurent Gratioux**, directeur adjoint et **M. Emmanuel Lefevre**, directeur des finances.
- **Direction générale de la cohésion sociale** – **Mme Sabine Fourcade**, directrice générale.
- **Mission de pilotage du plan Alzheimer** – **Mme Florence Lustman**, inspecteur général des finances, en charge du plan Alzheimer, **Mme Sandrine Lemery**, chargée de mission auprès de la Mission Alzheimer, et **Mme Pascale Rocher**, chargée de mission auprès de la Mission Alzheimer.
- **Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)** – **Mme Françoise Nouhen**, vice-présidente et **M. Christophe Piteaux**, responsable du pôle juridique et technique.
- **Mme Marie-Anne Montchamp**, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, **Mme Émilie Delpit**, directrice de cabinet de la ministre, et **Mme Claire Baratte**, attachée parlementaire.
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)** – **M. Yves-Jean Dupuis**, directeur général.
- **Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (FEGAPEI)** – **M. Philippe Calmette**, directeur général.
- **Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI)** – **M. Thierry Nouvel**, directeur général.