



N° 302

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2012.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2013* (n° 287)

TOME III

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

PAR MME MARTINE PINVILLE,

Députée.

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 6, 8, 9, 11 à 36, 75 et 76** figurent dans le rapport de M. Gérard Bapt, sur les recettes et l'équilibre général (n° 302, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **7, 10, 37 à 51, 56 à 59 et 65 à 70** figurent dans le rapport de M. Christian Paul, sur l'assurance maladie et les accidents du travail (n° 302, tome II).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **52 à 55** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur le secteur médico-social (n° 302, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **60 à 64, 73 et 74** figurent dans le rapport de M. Michel Issindou, sur l'assurance vieillesse (n° 302, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **71 et 72** figurent dans le rapport de Mme Geneviève Levy, sur la famille (n° 302, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 302, tome VI.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LE BUDGET 2013 TRADUIT LA PRIORITÉ QUE CONSTITUE LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.....	9
A. LE BUDGET DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE	9
1. L'exécution budgétaire de l'année 2011 a été difficile.....	9
<i>a) Des recettes meilleures que prévu.....</i>	<i>9</i>
<i>b) Une sous-consommation persistante des crédits.....</i>	<i>10</i>
2. L'exécution budgétaire de l'année en cours	12
<i>a) Des prévisions de recettes révisées plusieurs fois à la baisse</i>	<i>12</i>
<i>b) Des dépenses dont l'exécution n'est pas encore connue.....</i>	<i>12</i>
3. Le budget pour 2013.....	15
<i>a) Les ressources.....</i>	<i>15</i>
<i>b) L'objectif global de dépense et les mesures nouvelles</i>	<i>17</i>
<i>c) La contribution aux agences régionales de santé pour les actions de prise en charge et d'accompagnement.....</i>	<i>18</i>
B. LES ACTIONS À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES.....	19
1. La poursuite de la médicalisation des établissements	19
2. Le développement de l'offre dans le cadre du plan « Solidarité grand âge »	21
3. Le bilan du plan Alzheimer.....	24
4. Le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie met les départements en difficultés.....	26
C. LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES	27
1. L'exécution du programme pluriannuel de créations de places.....	27
2. Le financement de la prestation de compensation du handicap	31

II.- LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL DANS L'ATTENTE D'UNE RÉFORME GLOBALE DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE	33
A. LA RECHERCHE D'UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE SECTEURS SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL.....	33
1. Le transfert de la compétence de l'État aux agences régionales de santé en matière de développement de l'offre médico-sociale	33
2. La nécessité d'aller plus loin dans la coordination entre secteurs sanitaire et médico-social	34
a) <i>L'expérimentation des parcours de santé prévue à l'article 41</i>	34
b) <i>L'amélioration du service aux usagers</i>	35
3. Les difficultés de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées	36
a) <i>La participation de l'État au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées</i>	36
b) <i>Un fonctionnement en voie d'amélioration</i>	37
B. LA NÉCESSITÉ DE MIEUX CONNAÎTRE LES BESOINS POUR DÉVELOPPER L'OFFRE DE PLACES	38
1. Le recours aux appels à projets pour le développement de l'offre sociale et médico-sociale	39
2. L'identification des besoins dans le secteur du handicap	40
C. LES RÉFORMES DE TARIFICATION : DES CHANTIERS DIFFICILES	41
1. La tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.....	42
2. La tarification des services de soins infirmiers à domicile.....	44
3. La nécessaire réforme des services d'aide et d'accompagnement à domicile.....	45
a) <i>Un plan d'aide exceptionnel aux services d'aide à domicile</i>	45
b) <i>Une réforme structurelle nécessaire</i>	45
4. Vers une réforme de la tarification des établissements pour personnes handicapées	47
EXAMEN DES ARTICLES RELATIFS AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	49
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2013	49
Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie.....	49
Article 52 (art. L. 312-1 et L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles) : Pérennisation des lits d'accueil médicalisés	49
Article 53 (art. L. 162-24-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale): Réduction d'un an du délai de facturation pour les établissements pour personnes handicapées	51

<i>Article 54</i> (art. L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles) : Fin de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	54
<i>Après l'article 54</i>	59
<i>Article additionnel après l'article 54</i> : Possibilité pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de recourir à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale	62
<i>Article 55</i> (art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) : Plan d'aide à l'investissement 2013 dans le secteur médico-social.....	63
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	65

INTRODUCTION

Le présent projet de loi de financement traduit la priorité que constitue le secteur médico-social pour le Gouvernement malgré un contexte budgétaire difficile. Ainsi, avec une progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social de 4 %, 650 millions d'euros de mesures nouvelles sont consacrées à la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Au cours de ces cinq dernières années, les budgets ont été guidés par les effets d'annonce, les objectifs de création de places du plan « Solidarité grand âge » étant gonflés sans considération de la lenteur de leur application, au détriment de l'existant.

A contrario, le présent budget donne la priorité aux établissements et services, en finançant un taux de reconduction de leurs moyens de 1,4 %, ce qui est beaucoup par rapport à la quasi-stagnation qu'ils ont subie auparavant. En outre, un effort important est consacré à la médicalisation des établissements, ce qui devrait permettre de créer 7 000 postes de personnels soignants.

Pour autant, les plans de création de places ne sont pas délaissés puisque les crédits prévus permettront l'ouverture de 3 200 places pour les personnes âgées et 3 000 places pour les personnes handicapées.

La réforme de la prise en charge de perte d'autonomie, indéfiniment reportée par la précédente majorité, devra être menée à bien l'an prochain. Il faudra dégager des moyens afin de réduire le reste-à-charge des personnes hébergées en établissements, et de remédier aux difficultés des départements pour financer l'allocation personnalisée à l'autonomie. Le présent projet de loi de financement prévoit déjà 700 millions d'euros de recettes supplémentaires pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à partir de 2014, grâce à une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie assise sur les pensions de retraite au taux de 0,3 %.

Il s'agira aussi de fluidifier les « parcours de soins » des personnes âgées, afin qu'elles reçoivent les bons soins au bon moment et qu'elles puissent choisir librement entre domicile et établissement. Cet objectif participe de la politique de prévention qui doit être développée.

La réforme du secteur médico-social passe aussi par la rénovation des modes de tarification des établissements et services qui doivent mieux correspondre aux coûts réels et aux services offerts, afin d'améliorer la qualité des soins et de garantir l'équité entre les territoires.

Enfin, d'importants progrès restent à faire sur la connaissance des besoins en termes de créations de places, en particulier dans le champ des personnes handicapées.

Afin de mieux appréhender la mise en œuvre de la politique médico-sociale, votre rapporteure a organisé des auditions avec les acteurs du secteur médico-social en Charente.

I.- LE BUDGET 2013 TRADUIT LA PRIORITÉ QUE CONSTITUE LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

A. LE 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. Elle participe à l'élaboration et au suivi de l'exécution de l'objectif global de dépense (OGD) dans le champ médico-social. Elle gère un budget annuel d'une vingtaine de milliards d'euros (le budget prévisionnel pour 2012 s'élève à 20,5 milliards d'euros). Son plafond d'emplois est fixé à 106 équivalents temps plein en 2012.

Elle concourt au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), finance des plans d'aide à l'investissement (PAI) ainsi que des actions de modernisation, de professionnalisation et de formation par le biais de ses subventions.

Ses ressources, mentionnées à l'article 11 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (article L 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles), sont constituées de recettes propres ainsi que des contributions de certains régimes de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse.

1. L'exécution budgétaire de l'année 2011 a été difficile

a) Des recettes meilleures que prévu

En matière de ressources propres, on constate une exécution du budget 2011 supérieure de 22 millions d'euros aux prévisions, pour un total de 3,49 milliards d'euros de recettes propres.

Les recettes de contribution de solidarité pour l'autonomie (2,33 milliards d'euros) et de CSG (1,16 milliard d'euros) ont enregistré une progression de plus de 3,9 % par rapport à 2010 (soit +129 millions d'euros) au lieu de l'augmentation de 3 % prévue initialement.

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.

En outre, l'article 16 du présent projet de loi propose la création d'une contribution additionnelle assise sur les pensions de retraite et d'invalidité, qui sera affectée à la CNSA à compter de 2014, en vue du financement de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie. Les recettes attendues pour 2014 s'élèvent à 700 millions d'euros.

La contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées a représenté 7,6 milliards d'euros en 2011, en progression de 5,8 % par rapport à l'objectif voté pour 2010. Ce montant tient compte de la restitution en cours d'année au secteur médico-social des crédits initialement mis en réserve (pour un montant de 100 millions d'euros). L'enveloppe relative aux établissements et services pour personnes handicapées s'est pour sa part élevée à 8,3 milliards d'euros, en augmentation de 3,9 % sur un an.

b) Une sous-consommation persistante des crédits

Malgré les efforts réalisés en matière de prévision⁽¹⁾, et malgré la budgétisation des investissements en autorisations d'engagement et crédits de paiement⁽²⁾, on constate une sous-consommation persistante des crédits destinés aux établissements sociaux et médico-sociaux, qu'il s'agisse des crédits de médicalisation comme des crédits d'investissement.

Les crédits consacrés au fonctionnement des établissements ont été sous-consommés de 271 millions d'euros en 2011 :

– pour les personnes âgées, la sous-consommation (chronique⁽³⁾) passe de 229 millions d'euros en 2010 à 246 millions d'euros en 2011 ;

(1) À la suite de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances, qui a rendu ses conclusions en février 2010, un nouveau dispositif de suivi et de pilotage de la dépense médico-sociale, basé sur les données collectées pour chaque établissement ou service, a été déployé début 2012 et est utilisé à l'occasion de la campagne tarifaire 2012 qui se termine (développement de l'application informatique Harmonisation et partage d'information - HAPI).

(2) Pour 2011, les objectifs ont été 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.

(3) La sous-consommation de l'OGD personnes âgées était de 339 millions d'euros (4,5 % de l'OGD) en 2009, et 229 millions d'euros (2,5 % de l'OGD) en 2010.

– pour les personnes handicapées, la sous-consommation (inhabituelle) de 25 millions d’euros est principalement due à un ajustement à la baisse de 111 millions d’euros de la provision constituée pour les établissements tarifés en prix de journée (sur ce sujet, se reporter au commentaire de l’article 53). En faisant abstraction de cet ajustement comptable, la dépense dépasse de 86 millions d’euros l’objectif national.

En ce qui concerne les concours aux départements, l’augmentation des recettes nettes conduit mécaniquement à ce que ceux-ci soient en augmentation par rapport à la prise en charge réalisée en 2010. Ils s’établissent à 1,62 milliard d’euros pour l’allocation personnalisée d’autonomie (+ 5,6 %) et 528 millions d’euros pour la prestation de compensation du handicap (+ 4,7 %), soit une hausse de 111 millions d’euros par rapport à 2010. Grâce à cela, le taux de couverture des dépenses d’APA remonte de 29,7 % à 30,8 %, en raison de dépenses progressant moins vite en 2011 (+ 1,9 %). En revanche, le taux de couverture de la PCH se dégrade, baissant de 46 % à 42 %, mais moins vite que l’année précédente.

Sur le champ des « *autres dépenses en faveur des personnes âgées et handicapées* » financées par la section V (hors plans d’investissement), la dynamique de consommation des crédits est bien moindre que celle constatée en 2010, avec notamment la fin de l’expérimentation des maisons pour l’autonomie et l’intégration des malades d’Alzheimer – MAIA (qui sont pérennisées pour quinze d’entre elles à compter de 2012), ce qui aboutit à un excédent de 8 millions d’euros.

S’agissant des plans d’aide à la modernisation et des plans d’aide à l’investissement (PAI), on note une progression régulière des décaissements au titre des plans 2006 à 2010 (258 millions d’euros au lieu de 238 millions d’euros en 2010). Cela est dû à la fin d’un certain nombre d’opérations et aux premiers paiements relatifs au plan d’aide à l’investissement 2010.

En revanche, au titre de l’année 2011, seuls 28 millions d’euros ont été notifiés pour le plan d’aide à l’investissement, au lieu des 113 millions d’euros budgétés initialement, du fait d’un gel de 73 millions d’euros décidé par la Gouvernement en 2011 ainsi que de la consommation partielle de l’enveloppe réservée au financement des pôles d’accueil et de soins adaptés pour les malades d’Alzheimer (PASA). La section V présente au total un excédent de 73 millions d’euros.

L’objectif global de dépense exécuté (16,78 milliards d’euros) présente une hausse de 2,7 % par rapport à l’exécution 2010.

En définitive, l’exécution du budget 2011 de la CNSA se traduit par un résultat excédentaire de 223 millions d’euros. Ce résultat est évidemment largement lié à la sous-consommation de l’OGD et du plan d’aide à l’investissement.

Après intégration du résultat, les fonds propres inscrits au bilan de la CNSA atteignent 470,5 millions d'euros.

2. L'exécution budgétaire de l'année en cours

a) Des prévisions de recettes révisées plusieurs fois à la baisse

Les prévisions initiales du projet de loi de financement pour 2012 étaient basées sur une hypothèse de croissance du PIB de 1,75 % en volume et une masse salariale du secteur privé en augmentation de 3,0 %. Le précédent Gouvernement a annoncé, dans le courant de la discussion budgétaire, une révision à la baisse de l'hypothèse de croissance pour 2012 qui est passée à 1 % dans la loi de finances et la loi de financement votées.

Cette prévision a ensuite été ramenée à +0,5 % dans la loi de finances rectificative pour 2012 de février. Il en résulte une révision du taux de croissance prévisionnel de la masse salariale qui passe de 3 % à 2,5 % et une diminution des recettes prévisionnelles de CSA et de CSG communiquée par la direction de la sécurité sociale à la CNSA le 2 février 2012.

La diminution des recettes propres s'élève à 26 millions d'euros par rapport aux montants pris en compte dans le budget primitif voté le 15 novembre 2011, se répartissant entre :

– 18 millions d'euros en moins pour les recettes de CSA qui passent de 2 409 millions d'euros à 2 391 millions d'euros ;

– 7 millions d'euros de moins pour les recettes de CSG qui passent de 1 198 millions d'euros à 1 191 millions d'euros.

b) Des dépenses dont l'exécution n'est pas encore connue

L'objectif global de dépense pour 2012 s'élève à 17,6 milliards d'euros, dont 16,5 milliards d'euros financés par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et 1,1 milliard d'euros par les recettes propres, répartis comme suit :

– 8,92 milliards d'euros pour l'objectif « personnes âgées » (+ 4,6 %) ;

– 8,7 milliards d'euros pour l'objectif « personnes handicapées » (+ 2,2 %).

En autorisant un prélèvement sur les réserves de la CNSA, le nouveau Gouvernement a décidé de porter le plan d'aide à l'investissement pour 2012 à 120 millions d'euros, venant s'ajouter aux 2 % de CSA (48 millions d'euros) affectés initialement au plan et mis en réserve.

Les concours aux départements devraient s'accroître de 1,6 %, soit à un rythme moins soutenu que les recettes de CSA et CSG (+ 2,8 %).

Dans le cadre du plan « Alzheimer 2008-2012 », la CNSA continuera à financer, à hauteur de 27,5 millions d'euros, 123 maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, dont 88 nouvelles.

Sous l'hypothèse d'une consommation totale des crédits⁽¹⁾, le solde comptable de la CNSA serait déficitaire de 114 millions d'euros en 2012, ponctionnant les réserves qui s'établiraient à 360 millions d'euros.

Votre rapporteure rappelle qu'en vertu de la loi de finances initiale pour 2012, la CNSA doit apporter en fin d'année 25 millions d'euros au fonds d'urgence pour le secteur de l'aide à domicile, prélevés sur ses réserves (sur ce sujet, se reporter à la seconde partie du présent rapport).

Une nouvelle **convention d'objectifs et de gestion** a été conclue entre l'État et la CNSA le 14 février 2012, portant sur la période 2012-2015, qui fixe à la caisse des objectifs plus précis et mieux hiérarchisés. Pour les atteindre, l'État a autorisé le relèvement du plafond d'emplois de la CNSA de 7 équivalents temps plein en 2012, le portant ainsi à 106.

Ces moyens doivent permettre un engagement accru dans les domaines prioritaires, ainsi qu'un renforcement des moyens dédiés aux systèmes d'information nécessaires à la réalisation de ses missions.

(1) À ce stade, aucune prévision d'exécution des crédits 2012 n'est disponible.

Budget CNSA 2012 en millions d'euros				
CHARGES		Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
Section I – Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux		17 739,7	Section I – Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	17 739,7
Sous-Section 1		8 755,4	Sous-Section 1	8 755,4
Établissements et services accueillant des personnes handicapées			Établissements et services accueillant des personnes handicapées	
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)		8 703,4	Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	310,8
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)		27,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 444,4
Agence nationale d'évaluation des ets et serv. médico-sociaux (ANESM)		0,8	Déficit	0,1
Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)		0,5		
Opérations diverses		23,7		
Excédent		0,0		
Sous-Section 2		8 984,3	Sous-Section 2	8 984,3
Établissements et services accueillant des personnes âgées			Établissements et services accueillant des personnes âgées	
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)		8 924,4	Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	932,5
Financement de 123 MAIA (dont 88 nouvelles en 2012)		27,5	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 044,4
Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)		1,5	Déficit	7,4
Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)		0,5		
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATH)		0,5		
Opérations diverses		29,9		
Excédent		0,0		
Section II – Allocation personnalisée d'autonomie (APA)		1 680,6	Section II – Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 680,6
Concours versés aux départements (APA)		1 651,4	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	478,2
Congé de soutien familial		0,5	Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 131,6
Opérations diverses		28,7	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	68,7
			Produits financiers	2,0
Section III – Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées		623,9	Section III – Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	623,9
Concours versés aux départements (PCH)		544,7	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	621,7
Concours versés aux départements (MDPH)		60,0	Produits financiers	2,0
Majoration AEEH (versement CNAF) provisionnée		0,2	Reprise de provisions « Majoration AEEH »	0,2
Congé de soutien familial		0,5		
Opérations diverses		18,5		
Section IV – Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées		166,5	Section IV – Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées	166,5
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation		70,3	Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	59,6
Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile		25,0	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Charges provisionnées		70,0	Dotation Etat fonds d'urgence aide à domicile	25,0
Opérations diverses		1,2	Reprise de provisions	70,0
Excédent		0,0	Déficit	0,0
Section V – Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie		503,8	Section V – Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	503,8
Sous-section 1		333,4	Sous-section 1	333,4
Actions en faveur des personnes âgées			Actions en faveur des personnes âgées	
Dépenses d'animation, prévention et études		10,0	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
Charges provisionnées		9,5	Reprise de provisions	9,5
PAI 2012		103,9	Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2011 »		210,0	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	210,0
Excédent		0,0	Déficit	80,0
Sous-section 2		170,4	Sous-section 2	170,4
Actions en faveur des personnes handicapées			Actions en faveur des personnes handicapées	
Dépenses d'animation, prévention et études		10,0	Prélèvement sur la section III	10,0
Charges provisionnées		6,5	Reprise de provisions	6,5
PAI 2012		63,9	Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2011 »		90,0	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	90,0
Excédent		0,0	Déficit	40,0
Section VI – Frais de gestion de la caisse		17,2	Section VI – Frais de gestion de la caisse	17,2
Dépenses de fonctionnement/CNSA		7,1	Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	17,1
Dotation aux provisions		0,1	Reprise de provisions	0,1
Dépenses de personnel/CNSA		9,6		
Excédent		0,4		
Total des charges du compte prévisionnel		20 682,2	Total des produits du compte prévisionnel	20 555,1
Résultat prévisionnel (excédent)		0,0	Résultat prévisionnel (déficit)	127,1
Total équilibre du compte		20 682,2	Total équilibre du compte	20 682,2

Source : CNSA – annexe 8 du PLFSS.

3. Le budget pour 2013

Le budget est construit à partir des réalisations de l'année en cours. La base pour 2013 s'obtient à partir de l'objectif global de dépenses 2012, duquel ont été déduits (« débasage ») les montants suivants :

– le transfert de 18 millions d'euros des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) vers les dépenses de soins de ville au titre du financement de médicaments inclus jusqu'alors dans les forfaits de soins de ces établissements (se reporter au commentaire de l'article 54) ;

– le transfert de 10 millions d'euros non consommés dans l'expérimentation relative aux dépenses de médicaments (voir l'article 54 également) vers le sixième sous-objectif de l'ONDAM « *Autres prises en charge* » afin de contribuer au financement de l'expérimentation relative aux parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (se reporter au commentaire de l'article 41 dans le rapport relatif à la branche maladie).

En revanche, les éventuels crédits non consommés de l'objectif global de dépense 2012 ne seront pas déduits de la base de calcul pour 2013.

a) Les ressources

• *Les ressources propres*

Pour 2013, le budget prévisionnel est bâti sur une progression envisagée des recettes de CSA et de CSG de 2,2 %, en retrait par rapport aux prévisions antérieures (+ 2,6 %).

Le tableau ci-après présente l'évolution des recettes propres de 2009 à 2011 et les prévisions pour 2012 et 2013, établies en juillet dernier.

Recettes propres de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

(en millions d'euros)

	Réalisations 2009	Réalisations 2010	Réalisations 2011	Prévisions 2012 (fév. 12)	Prévisions 2012 (juil. 12)	Prévisions 2013 (juil. 12)
I - CSG						
CSG sur les revenus d'activité	790,3	796,6	813,6	838,9	838,9	856,8
CSG sur les revenus de remplacement	196,9	210,2	216,8	223,9	225,0	234,0
CSG sur les revenus du patrimoine	50,2	46,1	48,3	56,2	48,3	49,6
CSG sur les revenus des placements	55,4	63,3	71,9	65,3	75,4	75,0
CSG sur les revenus des jeux	6,5	5,5	6,0	6,9	6,1	6,3
Total CSG produits « bruts »	1 099,4	1 121,6	1 156,6	1 191,2	1 193,5	1 221,6
II - CSA						
CSA sur les revenus d'activité	1 886,8	1 197,7	1 972,6	2 024,8	2 017,6	2 065,7
CSA sur les revenus du patrimoine	150,6	138,3	144,8	169,6	144,8	148,7
CSA sur les revenus des placements	168,6	182,9	216,1	196,7	226,1	224,9
Total CSA produits « bruts »	2 206,1	2 239,0	2 333,5	2 391,2	2 388,5	2 493,3
Total CSA + CGS produits bruts	3 305,5	3 360,6	3 490,1	3 582,3	3 582,0	3 660,9
Frais de collecte ACCOSS	14,1	14,3	14,6	15,4	15,4	15,6
Atténuations de recettes	27,4	46,6	26,0	49,0	37,6	38,2
Total CSA + CSG produits nets	3 263,9	3 299,7	3 449,5	3 517,9	3 529,0	3 607,1

Source : annexe 8 du PLFSS.

Ainsi, le budget est bâti sur une prévision de recettes propres de 3,6 milliards d'euros.

● *L'ONDAM médico-social*

Le taux de croissance de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services médico-sociaux pour 2013 s'élève à 4 %, correspondant à un effort financier supplémentaire d'environ 650 millions d'euros. Ainsi, l'ONDAM médico-social passe de 16,5 milliards d'euros en 2012 à 17,1 milliards d'euros en 2013.

Cette augmentation importante traduit la priorité accordée au secteur médico-social malgré un contexte budgétaire difficile, l'ONDAM global progressant, lui, de 2,7 %.

Cette progression de l'ONDAM médico-social se répartit entre les deux champs de la façon suivante :

- + 4,6 % sur le champ personnes âgées, soit 8,39 milliards d'euros ;
- + 3,3 % sur le champ personnes handicapées, soit 8,72 milliards d'euros.

Cette progression de l'ONDAM médico-social permet d'affecter à nouveau 2 points des recettes de CSA au financement d'un plan d'aide à l'investissement, soit près de 49 millions d'euros (se reporter à l'article 55).

b) L'objectif global de dépense et les mesures nouvelles

Ces ressources permettront de financer un objectif global de dépense de la CNSA s'établissant à 18,25 milliards d'euros, en progression de 3,7 % par rapport à 2012, se répartissant comme suit :

– 9,26 milliards d'euros pour l'objectif « personnes âgées » (+ 4,1 %), ce qui permet 360 millions d'euros de mesures nouvelles ;

– 8,99 milliards d'euros pour l'objectif « personnes handicapées » (+ 3,3 %), soit 286 millions d'euros de mesures nouvelles.

L'objectif global de dépense permet au total 650 millions d'euros de mesures nouvelles, détaillées dans le tableau ci-après.

Mesures nouvelles financées par l'objectif global de dépense pour 2013

(en millions d'euros)

Mesures	Montant
Médicalisation des EHPAD	147
Taux de reconduction des moyens des EHPAD (1,4 %)	133
Convergence tarifaire	– 13
Taux de reconduction des moyens des établt pour pers. handicapées (1,4 %)	122
Installations de 3 200 places du plan « Solidarité grand âge »	23
Installations de 3 000 places du plan « Handicap »	76
Extensions en année pleine des créations de places 2012	81
Rebasages	74
Etudes (dont Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)	5
Total	648

Les 147 millions d'euros de crédits destinés à la médicalisation des établissements doivent permettre le renouvellement de 900 conventions tripartites et la création d'environ 7 000 emplois de personnel médical dans les établissements.

Le taux de reconduction des moyens des établissements atteint 1,4 %, contre 1 % en 2011 et 0,8 % en 2012. Il va permettre de donner enfin un peu de marges de manœuvre aux établissements pour leur gestion des ressources humaines.

3 200 créations de places sont financées dans le cadre du plan « Solidarité grand âge » et 3 000 places dans le cadre du programme de création de places pour les personnes handicapées.

c) La contribution aux agences régionales de santé pour les actions de prise en charge et d'accompagnement

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique détermine les ressources des agences régionales de santé (ARS) au titre desquelles figurent « 3° *Des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux* » et précise que ce montant est fixé en loi de financement de la sécurité sociale.

L'article 78 de la loi de financement pour 2011 a mis en place un nouveau circuit de financement permettant de déléguer des crédits de la CNSA aux agences régionales au titre des actions de prise en charge et d'accompagnement qu'elles déploient en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Désormais, le Parlement vote de façon identifiée le montant de cette contribution de la CNSA à leur budget.

Ces crédits ne sont pas compris au sein de l'objectif global de dépense de la CNSA. Ils sont prélevés sur le produit brut de la CSA.

Le V de l'article 81 de la loi de financement pour 2012 a prévu un montant de 64,55 millions d'euros, répartis comme suit par un arrêté ministériel du 20 janvier 2012 :

– 27 millions d'euros au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan « Santé mentale » en direction des personnes handicapées ;

– 27,5 millions d'euros au titre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ;

– 3 millions d'euros pour les aidants familiaux de malades d'Alzheimer ;

– 6,8 millions d'euros pour l'aide à domicile ;

– 0,25 million d'euros au titre des formations à l'utilisation des logiciels AGGIR et PATHOS.

Pour 2013, le F de l'article 57 fixe à 83,65 millions d'euros le montant de la contribution de la CNSA aux agences régionales de santé. D'après l'étude d'impact, il devrait être réparti de la façon suivante :

– 27 millions d'euros au titre des groupements d'entraide mutuelle dans le cadre du plan « Santé mentale » ;

– 46,6 millions d'euros au titre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ;

– 6,2 millions d'euros au titre de l'aide à domicile ;

– 3 millions d'euros pour les aidants familiaux Alzheimer ;

– 0,6 million d'euros pour le financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de handicap (CREAI) qui permettront aux agences de s'appuyer sur ces organismes pour des apports d'expertise et de connaissance dans le champ des politiques médico-sociales en direction des personnes handicapées et des personnes âgées, dans le cadre notamment de la mise en œuvre des projets régionaux de santé et des schémas régionaux d'organisation médico-sociale ;

– 0,25 million d'euros au titre des formations à l'utilisation des logiciels.

B. LES ACTIONS À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES

1. La poursuite de la médicalisation des établissements

Le terme de médicalisation désigne le processus d'augmentation des moyens des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) visant à améliorer l'encadrement sanitaire dans les établissements. Il se traduit principalement par des créations de postes de personnel médical (aides-soignants, infirmiers).

L'objectif de médicalisation repose sur la signature de conventions tripartites prévues par l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles conclues entre l'établissement, le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé. 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.

Un processus de médicalisation de seconde génération des établissements, dit « pathosification », a été lancé en 2007, selon lequel le forfait soins doit être fondé sur une évaluation des besoins en 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.

Ce processus a été progressivement mis en œuvre en privilégiant les établissements suivants :

- ceux dont les conventions tripartites arrivaient à échéance ;
- les établissements dont le GIR moyen pondéré était supérieur à 800, qui pouvaient opter pour la tarification au GMPS au moyen d'un avenant à la convention en cours ;
- les établissements optant pour le passage du tarif partiel au tarif global (c'est-à-dire comprenant les dépenses relatives à l'intervention des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux ainsi qu'aux actes de biologie et de radiologie) ; toutefois, les opportunités de passage au tarif global sont pour l'instant interrompues.

Au 31 mai 2012, le nombre de places conventionnées s'élève à 577 169 pour 7 464 établissements. 63 % des conventions tripartites conclues concernent des établissements ayant opté pour la tarification au GMPS, ce qui correspond à 67 % des places conventionnées.

Le passage à la tarification GMPS, qui permet d'ajuster au mieux les ressources des établissements, se traduit généralement par une augmentation du coût de la place en EHPAD, de 30 % en moyenne. Un budget spécifique est donc consacré au processus de médicalisation pour accompagner la démarche de conventionnement.

Alors qu'un effort important a été réalisé entre 2007 et 2009 pour le renouvellement des conventions tripartites, le processus a quasiment été arrêté en 2011, faute de crédits. En 2010 (67 millions d'euros pour 96 800 places) et 2011 (pas de crédits), le mouvement de conventionnement a subi un fort ralentissement.

Au 5 juin 2012, on dénombre 2 527 EHPAD dont la convention tripartite reste à renouveler en intégrant le passage au GMPS (1 475 conventions signées entre 2000 et 2006 non encore renouvelées et 1 052 conventions signées après 2007 sans passer au GMPS).

En 2012, 140 millions d'euros étaient prévus, mais seuls 120 millions d'euros ont été délégués aux agences régionales. La consommation de ces crédits n'est pas encore connue.

Les crédits de médicalisation connaissent chaque année des difficultés d'exécution, pour deux raisons principalement :

- d'une part, les crédits sont délégués tard dans l'année aux agences régionales ; l'arrêté est généralement signé vers le mois d'avril ;

– d’autre part, les négociations tripartites connaissent des blocages dans un certain nombre de départements qui estiment qu’ils n’ont pas les moyens d’augmenter leur contribution (or, ils sont censés prendre à leur charge 30 % des aides-soignants).

Pour 2013, 147 millions d’euros de mesures nouvelles doivent être consacrées à la médicalisation. La délégation par avance des crédits aux agences régionales devrait permettre de remédier au premier problème, et de laisser davantage de temps à la négociation. La distinction des crédits entre autorisations d’engagement et crédits de paiement constituerait une avancée supplémentaire en ce sens.

2. Le développement de l’offre dans le cadre 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 prévisions 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.

Il repose sur l’affirmation du principe du libre choix entre types d’accompagnements et vise à développer les réponses les mieux adaptées aux besoins des personnes âgées. En ce sens, le plan fixe à un haut niveau la création de places en établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), avec 37 500 places programmées, tout en renforçant la prise en charge à domicile avec la création de 36 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de 6 100 places d’hébergement temporaire et de 10 900 places d’accueil de jour. Le calibrage initial du plan a été révisé à plusieurs reprises. Le tableau ci-après présente les objectifs actualisés.

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.

En ce qui concerne l'offre en établissements, la réalisation dépasse les prévisions initiales. En revanche, le bilan est plus mitigé pour le maintien à domicile, selon le dispositif considéré.

Les objectifs initiaux sur les places de SSIAD ne sont pas tenus (65 % de crédits notifiés). Pour les accueils de jour et les hébergements temporaires, ils se situent respectivement à 87 % et 89 %, mais leur niveau d'engagement est relativement faible, puisque seulement 50 % des places étaient autorisées au 31 décembre 2011.

Les tableaux ci-après présentent d'une part les places autorisées (crédits notifiés), d'autre part les places installées.

Places autorisées sur enveloppe de mesures nouvelles 2007-2012

(en nombre de places)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
SSIAD	4 093	5 175	4 901	3 994	1 057	576	11	19 807
Accueil de jour	1 038	1 435	1 416	1 173	701	284	125	6 171
Hébergement temporaire	681	717	799	718	416	233	95	3 659
EHPAD	6 171	7 238	7 191	7 884	5 932	5 064	1341	40 820
Total	11 983	14 565	14 307	13 769	8 105	6 156	1572	70 458

Source : Direction générale de la cohésion sociale.

Places installées sur enveloppe de mesures nouvelles 2007-2011

(en nombre de places)

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
SSIAD	3 999	5 019	4 719	3 964	817	18 518
Accueil de jour	721	938	860	566	225	3 310
Hébergement temporaire	508	444	372	294	119	1 737
EHPAD	4 929	4 432	3 226	2 497	902	15 986
Total	10 157	10 833	9 177	7 321	2 063	39 551

Source : Direction générale de la cohésion sociale.

Le décalage entre places autorisées et places installées traduit les délais de réalisation de celles-ci. Les retards ont, selon les régions, des causes diverses : difficulté à trouver des promoteurs ou des terrains, lenteur des travaux, négociations délicates avec les conseils généraux co-financeurs, ou bien encore

difficultés de recrutement de personnels médicaux et paramédicaux auxquelles s'ajoutent les contraintes des financements publics, parfois traduites par des changements d'orientations moins propices à la continuité et à la bonne fin des projets (par exemple, sur la réforme attendue de la tarification ou sur le renouvellement des conventions tripartites).

Le tableau ci-après présente par catégorie de places les programmations, les notifications, les autorisations et les installations.

Récapitulatif de la réalisation du plan « Solidarité grand âge » au 31 décembre 2011

(en nombre de places)

	Places programmées	Places notifiées par la CNSA aux agences	Places restant à notifier	% de places déjà notifiées	Places autorisées	% de places déjà autorisées	Places installées	Part du plan déjà installée
SSIAD	36 000	23 543	12 457	65 %	19 807	55 %	18 518	51 %
Accueil de jour	10 900	9 510	1 390	87 %	6 171	57 %	3 310	30 %
Hébergement Temporaire	6 100	5 419	681	89 %	3 659	60 %	1 737	28 %
EHPAD	37 500	43 653	-6 153	116 %	40 820	109 %	15 986	43 %
Total	90 500	82 125	8 375	91 %	70 457	78 %	39 551	44 %

Source : CNSA.

Le montant total des crédits dégagés pour ce plan s'élève à 2,3 milliards d'euros. En 2012, l'offre médicalisée représente 593 000 places autorisées d'EHPAD (pour 559 000 places installées). Des inégalités importantes demeurent entre les différents départements français en termes de taux d'équipement moyen (réalisé sur la base des places autorisées). Schématiquement, on peut dire que le taux d'équipement en EHPAD est bon dans l'Ouest, le Massif central et en Bourgogne, et qu'il est faible dans les zones les plus densément peuplées : le Nord-Pas de Calais, la région parisienne et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le taux d'équipement en SSIAD n'est pas significatif de l'offre de services car il faudrait prendre en compte également la présence des infirmiers libéraux, très variable selon les régions.

Pour 2013, l'installation de 3 200 places tous établissements et services confondus est prévue, pour un montant de 23 millions d'euros.

Se pose maintenant la question de la suite de ce plan qui s'achève en 2012. Avant de prévoir de nouvelles programmations, il faut progresser dans la connaissance des besoins. Les agences régionales de santé conduisent des travaux de réorganisation de l'offre médico-sociale, à travers l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins médico-sociaux, composantes des projets régionaux de santé. Il s'agit maintenant de mieux articuler ces schémas régionaux avec les schémas départementaux, afin de mieux identifier les besoins, qui sont très variables d'un département à l'autre.

3. Le bilan du plan Alzheimer

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées progressent avec l'âge : à partir de 85 ans, une femme sur quatre et un homme sur cinq sont touchés. 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.

Face à ce défi scientifique, médical et social, le plan Alzheimer 2008-2012, avait pour objectif de fournir un effort sans précédent en termes de recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants. Centré sur les patients et leurs familles, ce plan a permis de renforcer l'existant, tout en développant des dispositifs innovants.

Toutefois, on peut déplorer que ce plan ait été financé et mis en avant au détriment des autres actions en faveur des personnes âgées dépendantes, notamment de la médicalisation des établissements.

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. D'autres mesures concernent la recherche, la politique de la ville, etc.

Les structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire) permettent une prise en charge des personnes qui restent à domicile, et un soulagement des aidants.

Au 31 décembre 2011, sur les 11 231 places regroupées dans 1 730 accueils de jour recensés sur le territoire national, les trois quarts des places sont conformes à la nouvelle réglementation. La mise aux normes est en cours. Les structures doivent garantir une capacité minimale : six places pour les accueils de jour adossés à un EHPAD et dix places pour un accueil de jour autonome. Une circulaire du 25 février 2010 prévoit la majoration du forfait transport de 30 %, l'obligation de mise en œuvre d'un dispositif de transport adapté ou, à défaut, une atténuation du forfait journalier pour les 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.

Depuis 2008, la CNSA a notifié 88,2 millions d'euros de mesures nouvelles aux directions départementales des affaires sociales, puis aux agences régionales de santé, ce qui correspond à 8 092 places ; 5 156 places ont été autorisées sur ces enveloppes, pour un montant de 56,2 millions d'euros ; 4 695 places sont effectivement installées depuis 2008, pour un montant total de 51,2 millions d'euros.

Parallèlement, des dispositifs innovants ont été mis en place, parmi lesquels :

– les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), mises en place pour orienter, accueillir et offrir à toute personne âgée en perte d'autonomie la bonne prestation par le bon acteur, coordonnent les dispositifs existants (centres locaux d'information et de coordination – CLIC– , réseau de santé, hôpital...) ; il ne s'agit pas d'un lieu mais d'un réseau d'acteurs qui doivent désigner un pilote pour qu'une réponse adaptée soit proposée à chaque malade. L'article 78 de la loi de financement pour 2011 a donné une base légale à ces maisons (article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles). Après leur expérimentation, leur généralisation se poursuit. Fin 2012, 155 maisons devraient fonctionner dont 138 financées par la CNSA et 17 par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ;

– les plateformes d'accompagnement et de répit permettent d'offrir une palette d'offre diversifiée aux couples aidant-aidé. Une expérimentation a été réalisée en 2009-2010 sur 11 sites pour un coût de 1,69 million d'euros, offrant sur un même territoire une gamme diversifiée de formules (répit à domicile, activités culturelles, physiques ou artistiques, séjours vacances, accueil de jour, ateliers de réhabilitation, stimulation sensorielle, etc.). L'objectif est de créer 150 plateformes d'ici fin 2012. Un financement pérenne de 15 millions d'euros par an est prévu afin de faire fonctionner ces 150 plateformes (100 000 euros par plateforme). À ce jour, 76 plateformes ont été ouvertes ;

– la formation des aidants les aide à mieux comprendre la maladie et à faire face de façon plus adaptée à ses évolutions. Deux jours de formation par an sont proposés pour chaque aidant. Fin 2011, plus de 850 sessions de formation ont été organisées par France Alzheimer, cofinancées par la CNSA et plus de 10 800 aidants ont été formés ;

– les pôles d'activités et de soins adaptés (P ASA) ainsi que les unités d'hébergement renforcées (UHR) permettent une prise en charge plus adaptée en EHPAD des malades d'Alzheimer souffrant de troubles psycho-comportementaux. À ce jour, 536 pôles et 127 unités ont été ouverts.

Parallèlement à la création de ces derniers, une réflexion sur l'évolution des prises en charge en établissement a été lancée ⁽¹⁾.

(1) Une étude relative à l'accompagnement et au cadre de vie en établissement des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs est pilotée par la direction générale de la cohésion sociale, en partenariat avec la CNSA, la fondation Médéric Alzheimer et la fondation Caisses d'épargne pour la solidarité. Elle doit permettre de disposer des données nécessaires à la modernisation future des établissements existants et à la construction de nouveaux établissements d'hébergement pour personnes âgées. La CNSA finance cette étude-action pour 630 000 euros (250 000 euros pour le financement d'un prestataire et 380 000 euros pour l'accompagnement de quinze EHPAD s'engageant dans ce projet) et l'État contribue à son financement à hauteur de 120 000 euros.

Le Gouvernement a l'intention de continuer à financer les structures créées par ce plan comme les MAIA et les PASA, et même à continuer à les développer. Ainsi, 46 millions d'euros sont prévus dans la contribution de la CNSA aux agences régionales de santé (article 57 F) pour le financement de 50 maisons supplémentaires et l'extension en année pleine du financement des 88 maisons créées en 2012.

Le président de la République a annoncé la prolongation du plan Alzheimer le 21 septembre 2012, lors de la clôture de la réunion du comité de suivi du plan, ainsi que son extension à l'ensemble des maladies neurodégénératives.

4. Le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie met les départements en difficultés

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, 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.

Le tableau ci-après présente le montant annuel de l'APA versé par les départements aux bénéficiaires, ainsi que le concours apporté par la CNSA aux départements.

Participation de la CNSA au financement de l'APA

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dépenses d'APA versées par les départements	3 930	4 243	4 555	4 855	5 029	5 168	5 263
dont concours versés par la CNSA aux départements	1 341	1 437	1 521	1 619	1 548	1 536	1 621
Part des dépenses d'APA financées par la CNSA	34,1 %	33,9 %	33,4 %	33,4 %	30,8 %	29,7 %	30,8 %

Source : CNSA – compte de résultat.

Le montant des dépenses d'APA au niveau national est passé de 3,9 milliards d'euros en 2005 à 5,3 milliards d'euros en 2011. La progression est de 1,8 % entre 2010 et 2011.

La part des dépenses relatives à l'APA financée par la CNSA est restée relativement stable entre 2004 et 2008, proche d'un tiers. À partir de 2009, elle a commencé à diminuer en raison de la baisse des ressources propres de la CNSA due à la conjoncture économique défavorable. En 2010, elle s'établit à 29,7 %, et ce malgré un ralentissement notable de l'évolution de la dépense totale au titre de cette prestation.

En 2011, le taux est remonté de plus d'un point à 30,8 % (niveau de 2009) en raison de la dynamique des recettes (+ 4,8 %) et d'une hausse limitée des dépenses (+ 1,9 %).

Le programme de qualité et d'efficacité (PQE) « *Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA* » constate une hétérogénéité importante du taux de couverture des dépenses d'APA entre départements : six départements présentent un taux supérieur à 40 %, onze ont un taux inférieur à 25 % et 24 ont un taux inférieur à la moyenne nationale. Le potentiel fiscal (qui intervient à 25 % dans la répartition) ressort comme un indicateur particulièrement discriminant entre les départements.

Pour 2012, la prévision figurant au dernier budget rectifié 2012 de la CNSA fait état d'un concours de 1 651 millions d'euros pour des dépenses prévisionnelles de 5 369 millions d'euros (+ 2 %), ce qui permettrait une stabilisation du taux de couverture prévisionnel à 30,8 %.

Pour 2013, à ce stade, le taux de progression des dépenses d'APA anticipé pour 2012 (+ 2 %) a été reconduit. Par ailleurs, les prévisions de recettes connues à ce jour faisant état d'une progression d'un peu plus de 2 %, le taux de couverture pourrait être maintenu à 30,8 %. Ces prévisions sont susceptibles d'être revues à la baisse en fonction de la conjoncture.

C. LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

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 (AAH) ainsi que les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

1. L'exécution du programme pluriannuel de créations de places

Le « programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie », lancé en juin 2008, prévoit la programmation sur la période 2008-2012 de plus de 40 000 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. Finalement, compte tenu des délais de mise en œuvre, l'ouverture de ces places a été échelonnée jusqu'en 2016.

Les principaux objectifs de ce programme visent la réduction progressive des listes d'attente, l'amélioration de l'accompagnement des handicaps lourds – autisme, polyhandicap, troubles graves du comportement – et la prise en compte de l'avancée en âge de la population accueillie en établissements.

Le tableau ci-après rappelle les prévisions du programme.

Programmation de créations de places pour les personnes handicapées 2008-2014
(en millions d'euros)

Programmation de places nouvelles PH	total places 2008-2014	total montants 2008-2014
Enfants		
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)	1 550	75,47
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-sociale précoce (CAMSP)		33,06
Centres médicaux psycho-pédagogiques (CMPP)		19,80
Accueil temporaire	250	10,36
Total enfants	12 250	424,97
Adultes		
Maisons d'accueil spécialisées 35 % / Foyers d'accueil médicalisés 65 %	13 000	544,36
Médicalisation Foyers d'accueil médicalisés / Foyer de vie / Foyers occupationnels	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	51 450	1 448,88

Source : Direction générale de la cohésion sociale, 2011.

Près de 86 % des places prévues sur la période 2008-2011 ont été autorisées sur l'ensemble du champ des enfants et des adultes handicapés financé par l'objectif général de dépense de la CNSA, soit plus de 20 000 places pour 24 080 programmées.

Places autorisées et taux d'autorisation sur mesures nouvelles 2008-2011

	Établissements		Services		Autres établissements		Total autorisés	
	places	%	places	%	places	%	places	%
Adultes	7 821	94 %	4 320	101 %	477	415 %	12 618	99 %
Enfants	2 873	98 %	4 863	108 %	346	115 %	8 082	105 %
Total	10 694	96 %	9 183	100 %	823	184 %	20 700	101 %

% = Taux d'autorisation = places autorisées/places notifiées

Source : Direction générale de la cohésion sociale.

Pour les années 2008-2011 le taux d'exécution (places installées/places financées) est relativement élevé puisqu'il atteint 81 %. Il progresse par rapport à la période 2008-2010, le bilan effectué en juin 2011 par la CNSA faisant alors état d'un taux d'environ 77 %.

Toutefois, des écarts significatifs existent entre les secteurs des enfants et des adultes. Le taux d'exécution s'élève en effet à 93 % chez les enfants alors qu'il n'est que de 74 % chez les adultes. Cet écart est imputable à 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 2008-2011

	Etablissements		Services		Autres établissements		Total installées	
	places	%	places	%	places	%	places	%
Adultes	4 805	58 %	4 089	95 %	466	405 %	9 360	74 %
Enfants	2 299	79 %	4 619	103 %	285	95 %	7 203	93 %
Total	7 104	59,30 %	8 708	93,50 %	751	178,80 %	16 563	81 %

% = 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 71 %, ce qui représente une hausse de 7,2 points par rapport à la période 2008-2010. Une disparité entre les taux de consommation des deux secteurs (adultes et enfants) est également à noter puisque 83 % des crédits pour l'enfance ont été consommés alors que seulement 64 % des crédits notifiés pour le secteur adulte l'ont été. Cet écart est vraisemblablement la conséquence des inégalités de délais de mise en place déjà évoquées.

Crédits engagés et consommés sur crédits de mesures nouvelles 2008-2011

(en millions d'euros)

	Montants engagés					Montants consommés				
	Établissement	Service	CAMSP CMPP	Autres établissements	Total engagé	Établissement	Service	CAMSP CMPP	Autres établissements	Total consommé
Adultes	346,4	49,6	-	5,5	401,5	212,8	46,5	-	5,3	264,6
Enfants	133,4	87,4	22,7	10,2	253,7	101,3	82,8	20,3	8,2	212,6
Total	479,8	137	22,7	15,7	655,2	314,1	129,3	20,3	13,5	477,2

Source : Direction générale de la cohésion sociale

Taux de consommation des enveloppes de mesures nouvelles 2008-2011

	Taux d'engagement ³					Taux de consommation ⁴				
	Établissement	Service	CAMSP-CMPP	Autres établissements	Total engagés	Établissement	Service	CAMSP-CMPP	Autres établissements	Total consommés
Adultes	98 %	89 %	-	128 %	97 %	60 %	84 %	-	124 %	64 %
Enfants	95 %	111 %	93 %	84 %	99 %	72 %	105 %	83 %	68 %	83 %
Total	97 %	102 %	93 %	96 %	98 %	63 %	96 %	83 %	83 %	71 %

Taux d'engagement = montants engagés/crédits notifiés

Taux de consommation = montants consommés/ crédits notifiés

Source : Direction générale de la cohésion sociale.

Au total, pour la seule année 2012, hors ESAT, 119 millions d'euros supplémentaires ont été consommés pour permettre la création de 3 085 places.

Les crédits relatifs à l'achèvement du programme pluriannuel de création de place ont été notifiés aux agences régionales de santé en décembre 2011 et février 2012, dans le respect des objectifs initiaux. Au total, 363 millions d'euros d'autorisations d'engagements ont été accordés dont 34 millions d'euros pour le développement d'une offre médico-sociale adaptée pour les handicaps rares.

Les crédits de paiement relatifs à ces crédits seront échelonnés entre 2013 et 2016. Pour 2013, 76 millions d'euros sont prévus, finançant la création de 3 000 places et ainsi que l'extension en année pleine des ouvertures 2012.

Des instructions ont été données pour orienter les créations de places dans les secteurs connaissant un retard, en particulier celui des adultes.

Enfin, le plan prévoit la création de 10 000 places d'ESAT, financées par des crédits d'État. Au total 6 400 places supplémentaires auront été financées par l'État à la fin de l'année 2012, soit 2 000 places en 2008, 1 400 places en 2009 et 1 000 places en 2010, en 2011 et en 2012.

Le tableau ci-après 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	Nombre de places financées	Nombre de places installées en ETP	Crédits attribués en loi de finances initiale (en millions d'euros)
2008	1 438	114 811	113 439	1 331
2009	1 438	116 211	115 032	1 350
2010	1 325	117 211	115 374	1 383
2011	1 342	118 211	117 300	1 399
2012	1 349	119 211	Données non disponibles	1 415

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

2. Le financement de la prestation de compensation du handicap

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

Le montant du concours de la CNSA à la section III 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 est de 26 % depuis 2010.

La PCH a été créée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 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 (article 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.

Le tableau ci-après présente le montant annuel de la PCH versé par les départements aux bénéficiaires, ainsi que le concours apporté par la CNSA aux départements.

Participation de la CNSA au financement de la PCH

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dépenses de PCH versées par les départements	79	277	569	843	1 088	1 242
Dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	523	530	551	509	502	528
Part des dépenses de PCH financées par la CNSA	662,0 %	191,5 %	96,9 %	60,4 %	46,1 %	42,5 %

Source : CNSA – compte de résultat.

En 2006, première année de mise en œuvre de la prestation de compensation du handicap, le concours versé par la CNSA au titre de cette prestation a excédé de 444 millions d'euros les dépenses relatives à la PCH. Cet excédent a été mis en réserve sur un compte spécial dans la comptabilité des départements, afin d'être affecté au financement des dépenses ultérieures.

Entre 2007 et 2011, la prestation est montée en charge, les dépenses y afférentes étant multiplié par 4,5 (de 277 millions d'euros à 1 242 millions d'euros). Le taux de couverture des dépenses par la CNSA s'est rapidement dégradé, de 96,9 % en 2008 à 42,5 % en 2011.

En cumulé, compte tenu des excédents des années 2006 et 2007, la part des dépenses financées par la CNSA depuis sa création s'élève à 77 % fin 2010.

Comme pour l'APA, le taux de couverture globale de la dépense de PCH des départements par la CNSA cache une hétérogénéité entre les départements. Seuls deux départements voient leur dépense totalement couverte par le concours de la CNSA en 2011 et 58 départements affichent un taux de couverture supérieur à 42,5 %.

Pour 2012, la prévision figurant au dernier budget rectifié 2012 de la CNSA fait état d'un concours de 544,7 millions d'euros pour des dépenses prévisionnelles de 1 402,7 millions d'euros (+ 13 %), ce qui conduirait à un taux de couverture prévisionnel de 38,8 %.

Pour 2013, on anticipe une augmentation des dépenses de 10 %, dans la continuité du ralentissement de l'augmentation observé depuis 2011. Par ailleurs, les prévisions de recettes connues à ce jour faisant état d'une progression d'un peu plus de 2 %, le taux de couverture pourrait être proche de 36 %. Ces prévisions sont susceptibles d'être révisées en fonction de la conjoncture.

II.- LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL DANS L'ATTENTE D'UNE RÉFORME GLOBALE DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Annoncée depuis 2007, la réforme de la prise en charge de la dépendance, ou plutôt de la « perte d'autonomie », n'a eu de cesse d'être reportée par la précédente majorité.

Cette réforme, sur laquelle le Premier ministre s'est engagé, devra résoudre des problèmes tant budgétaires (reste-à-charge trop élevé en établissement, finances départementales exsangues) qu'organisationnels, avec le souci de faciliter le parcours des personnes âgées en garantissant la possibilité de choisir le maintien à domicile. Cette plus grande fluidité participe de la politique de prévention qui doit être mise en œuvre afin d'allonger l'espérance de vie en bonne santé.

En ce qui concerne la politique de prévention, la ministre déléguée en charge des Personnes âgées et de l'autonomie a confié à votre rapporteure une mission de comparaison internationale sur la prévention et l'adaptation au vieillissement. Son objectif sera d'identifier les bonnes pratiques qui ont cours dans d'autres pays.

Malgré l'absence de réforme de grande ampleur, le secteur connaît un certain nombre d'évolutions, tant en ce qui concerne les personnes âgées que les personnes handicapées.

A. LA RECHERCHE D'UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE SECTEURS SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL

Le cloisonnement entre champs sanitaire et médico-social est à l'origine de ruptures dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, qui peuvent accélérer l'entrée dans la dépendance de ces personnes. Par exemple, une personne qui reste trop longtemps hospitalisée, faute de pouvoir rentrer chez elle sans aide, et faute de place en établissement, pourra perdre rapidement des capacités motrices.

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

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST ») a transféré la compétence de l'État aux agences régionales de santé en matière de développement de l'offre médico-sociale.

L'objectif était de décloisonner la politique de santé publique et la politique médico-sociale, en vue de faire face au développement de la dépendance des personnes âgées et au vieillissement des personnes handicapées.

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 avec celle de l'assurance maladie.

Avec la même logique a été conduite la refonte du droit des schémas sociaux et médico-sociaux. L'article 40 de la loi du 10 août 2011 dite « Fourcade », modifiant certaines dispositions de la loi « HPST », 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* ». Ce décret n'est toujours pas paru.

Ainsi, les agences régionales sont en charge de la régulation de l'offre médico-sociale en région dans le but de mieux répondre aux besoins.

Elles délivrent l'autorisation administrative de création des établissements et services médico-sociaux, contrôlent leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources. Dans ce cadre, elles signent avec chaque établissement et les conseils généraux des conventions tripartites qui prévoient les dotations de l'assurance maladie et des départements à chaque établissement.

2. La nécessité d'aller plus loin dans la coordination entre secteurs sanitaire et médico-social

a) L'expérimentation des parcours de santé prévue à l'article 41

Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)⁽¹⁾, les ruptures dans les « parcours de soins » sont préjudiciables pour la qualité de la prise en charge des personnes âgées et représentent un surcoût annuel, lié au recours abusif à l'hospitalisation, évalué à 2 milliards d'euros.

Le développement de parcours de santé fluides doit permettre d'éviter les points de rupture et les « détours » inutiles, améliorant ainsi la santé et le bien-être des personnes âgées et générant des économies pour le système de santé dans son ensemble.

L'article 41 du présent projet de loi⁽²⁾ vise à organiser l'expérimentation de « projets pilotes » de parcours de santé pour les personnes âgées en risque de

(1) Voir les rapports « Vieillesse, longévité et assurance maladie » (avril 2010) et « Assurance maladie et perte d'autonomie » (juin 2011).

(2) Se reporter au rapport de M. Christian Paul sur l'assurance maladie.

perte d'autonomie, décloisonnant les différentes structures de prise en charge (ville, hôpital, établissements médico-sociaux).

L'ensemble des professionnels de santé, les établissements hospitaliers mais également les établissements médico-sociaux, ainsi que les services sociaux départementaux, devront participer à ces expérimentations fondées sur des conventions signées par ces différents acteurs. Votre rapporteure souhaite que les services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile participent à ces projets ; votre commission a adopté un amendement en ce sens.

Il s'agit de proposer à la personne âgée le bon soin au bon moment, et d'éviter les hospitalisations inutiles. Pour cela, l'article permet des dérogations aux règles de facturation et de tarification des professionnels et des établissements. Ainsi, afin de faciliter les sorties d'hôpital, l'article permet à un EHPAD de facturer à l'assurance maladie la totalité des frais de séjour d'une personne âgée accueillie en sortie d'hospitalisation (c'est-à-dire à la fois les charges d'hébergement, de dépendance et de soins) dans une limite de trente jours consécutifs.

Cette expérimentation sera financée par le Fonds d'intervention régional (FIR).

b) L'amélioration du service aux usagers

Par ailleurs, deux expériences en matière de coordination des acteurs constituent des modèles intéressants qui pourront servir dans le cadre de la réflexion sur une réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Ainsi, 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. Elles sont administrées 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 orientations et, enfin, l'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre desdites décisions.

Malgré des difficultés dans le traitement des dossiers, liées à leur manque de moyens, ces maisons départementales sont une réussite en ce qu'elles

constituent un point d'entrée unique, visible et reconnu pour les personnes handicapées, susceptible de les orienter et les aider pour accéder à l'ensemble des dispositifs et établissements destinés aux personnes handicapées, qu'ils relèvent de l'État, de l'assurance maladie ou des départements.

Les **maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer** (MAIA) constituent un autre modèle intéressant. Contrairement à ce que leur nom évoque, les MAIA ne sont pas des lieux identifiés, mais des réseaux locaux, souvent infra-départementaux, intégrant les services existants (centre local d'information et de coordination – CLIC, conseil général, agences régionales de santé, établissements, services à domicile, médecins généralistes, etc.). Grâce à un pilote (un de ces organismes) et un ou deux gestionnaires de cas complexes, elles permettent de proposer le bon service au bon moment. Elles peuvent aussi traiter le cas de personnes âgées non malades d'Alzheimer. Mis en place sous forme expérimentale, ces réseaux sont en train d'être pérennisés et progressivement étendus à tout le territoire.

3. Les difficultés de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées

a) La participation de l'État au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées

Les MDPH sont un élément important de la conduite de la politique du handicap. L'État est un financeur majeur de celles-ci avec 1 548 agents mis à disposition ou compensés financièrement et 651,6 millions d'euros investis entre 2005 et 2011 (dont 356,6 millions d'euros au titre des programmes 124 ⁽¹⁾, 155 ⁽²⁾, et 157 ⁽³⁾ et 295 millions d'euros au titre des concours de la CNSA).

En 2012, un acompte de 57 millions d'euros a été versé en début d'année. Le montant définitif est en cours de consolidation, sur la base de l'enquête réalisée en septembre 2012. Le concours de la CNSA est maintenu au même montant qu'en 2011, soit 60 millions d'euros.

Pour 2013, la dotation de l'État inscrite dans le projet de loi de finances s'élève à 62,8 millions d'euros.

Les moyens apportés par l'État correspondent aux moyens mobilisés antérieurement dans le cadre du dispositif d'évaluation et d'orientation des personnes handicapées préexistant (commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel – COTOREP, commissions départementales de l'éducation spéciale – CDES, sites pour la vie autonome).

(1) Programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

(2) Programme 155 « Conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail » de la mission « Travail et emploi ».

(3) Programme 157 « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Conformément aux engagements pris dans les conventions constitutives, ces apports de l'État comprennent :

- la mise à disposition des agents anciennement affectés aux CDES, COTOREP ou leur compensation financière ;
- le versement des crédits de fonctionnement courant qu'il consacrait jusqu'en 2005 à ces commissions (fournitures de bureau, consommables informatiques, abonnement téléphonique, affranchissement, entretien locaux, etc.) ;
- le fonctionnement des anciens sites pour la vie autonome ;
- le financement de vacances médicales.

Depuis 2005, l'État a rencontré des difficultés à assurer la mise à disposition effective de ses agents au sein des MDPH : fin 2011, sur les 1 540 équivalents temps plein dus, 654 étaient effectivement mis à disposition et 886 ont donné lieu à compensation. Le montant de cette compensation a été une source de contentieux avec les MDPH, s'agissant de l'apurement de la dette de l'État pour la période 2006-2010. Finalement, cette dette a été apurée en 2011 grâce à l'ouverture de 24,4 millions d'euros en loi de finances rectificative pour 2010.

Afin de donner une meilleure lisibilité de la contribution de l'État aux MDPH, l'ensemble des crédits qui leur sont destinés ont été regroupés en 2011 sur le programme « Handicap et dépendance ».

Bien que la dette soit apurée et que les règles de compensation soient claires pour l'avenir, la gestion de leur personnel reste extrêmement compliquée. Les directeurs passent énormément de temps à essayer de récupérer les personnels ou les moyens dus par l'État. En outre, les personnels relèvent de statuts différents, ce qui rend la gestion de ressources humaines difficile. Par exemple, certains disposent de davantage de congés annuels que d'autres. C'est ainsi que le directeur de la maison départementale de Charente, que votre rapporteure a auditionné, a indiqué passer au moins la moitié de son temps à ces questions, au détriment du reste.

b) Un fonctionnement en voie d'amélioration

À la suite du rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat qui a dressé, après trois ans d'exercice, un bilan de l'activité des MDPH⁽¹⁾, la loi n°2011-901 du 28 juillet 2011 prévoit diverses dispositions tendant à améliorer leur fonctionnement.

(1) Les maisons départementales des personnes handicapées sur la bonne voie : premier bilan, quatre ans après la loi du 11 février 2005, *rapport d'information n° 485 (2008-2009) de M. Paul Blanc et Mme Annie Jarraud-Vergnolle.*

Les dispositions de coordination et de précision nécessaires à l'amélioration du fonctionnement interne des MDPH (règles de fin de mises à disposition des agents, composition de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) et de ses relations avec les usagers (détermination de la maison départementale compétente, règles de recevabilité des demandes, transmission des éléments à caractère médical), ont fait l'objet d'une concertation approfondie avec les différents partenaires.

En revanche, les dispositions relatives aux conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) appellent la poursuite de consultations approfondies, notamment des représentants des conseils généraux. Dans ces conditions, le Gouvernement a décidé de repousser d'au moins une année l'entrée en vigueur de ce nouveau dispositif de contractualisation initialement fixée au 1^{er} janvier 2013. Les stipulations de la convention constitutive et de ses annexes relatives aux contributions des membres et au fonctionnement du groupement d'intérêt public continueront à s'appliquer.

Le rattachement des MDPH aux départements, dans le cadre d'un nouveau mouvement de décentralisation, pourrait contribuer à simplifier leur gestion administrative, pour peu que des moyens pérennes suffisants accompagnent ce transfert.

Les délais de traitement des dossiers par les MDPH se raccourcissent progressivement, mais on constate des écarts très importants selon les départements. Certaines maisons vont plus loin dans le suivi des dossiers et l'orientation des personnes. On observe aussi des différences d'appréciation dans les décisions d'attribution des prestations. Dans le cadre des conventions pluriannuelles, il faudra tenter d'harmoniser les pratiques afin de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire.

Les MDPH ont également signalé à votre rapporteure des difficultés préoccupantes avec la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) qui s'abstient de corriger les erreurs manifestes d'appréciation des MDPH lorsqu'elles ont une conséquence défavorable pour l'usager, alors même qu'elles sont tenues de réviser les erreurs manifestes d'appréciation passées lorsqu'elles réévaluent une situation.

Enfin, la nécessité de développer dans les MDPH une capacité de diagnostic des besoins territoriaux en matière d'offre de places implique que des moyens supplémentaires, humains et informatiques, leur soient accordés.

B. LA NÉCESSITÉ DE MIEUX CONNAÎTRE LES BESOINS POUR DÉVELOPPER L'OFFRE DE PLACES

Si le Gouvernement a prévu les moyens nécessaires pour poursuivre la mise en œuvre des plans de créations de places lancés par la majorité précédente et inachevés, il a fait le choix de ne pas relancer immédiatement de nouveau

programme de création de places, tant dans le secteur du handicap que dans celui des personnes âgées.

En effet, il constate que les besoins en matière de création de places ne sont pas identifiés. En ce qui concerne la prise en charge de la perte d'autonomie, il est vraisemblable que les besoins soient couverts dans un certain nombre de départements, alors que dans d'autres les listes d'attentes sont encore longues. En matière de prise en charge des personnes handicapées, le nombre de jeunes adultes qui restent dans les établissements pour enfants montre bien que les besoins sont encore importants, mais ils ne sont ni quantifiés ni définis.

Si le mode de développement de l'offre a changé, avec l'instauration d'une procédure d'appels à projets devant permettre une plus grande cohérence de la politique d'offre, cet objectif ne sera atteint que lorsque les outils nécessaires à la planification auront été créés.

1. 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. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} août 2010.

Avant la loi, il revenait aux porteurs de projets de prendre l'initiative de proposer des solutions de prise en charge aux autorités responsables (départements, agences régionales de santé, directions départementales de la cohésion sociale), et les comités régionaux d'organisation sanitaire et sociale (CROSMS) émettaient un avis favorable ou non aux dossiers de demande d'autorisation. En cas d'avis favorable, le projet attendait un financement – parfois longtemps : l'avis favorable du comité régional permettait l'inscription sur une liste valable trois ans.

La nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet inverse cette logique en confiant aux financeurs la charge d'estimer les besoins et de prioriser les réponses qui peuvent y être apportées, à l'aide de schémas et de planifications par secteur (personnes âgées ou handicapées) dont l'élaboration et l'adoption mobilisent les instances de la démocratie sanitaire créées par la loi. À l'issue de cette étape, les financeurs publics peuvent lancer des appels à projet sur la base des crédits disponibles.

Le renversement de perspective vise à conforter la transparence sur un processus au terme duquel doivent être engagés des crédits publics (les établissements non financés sur crédits publics étant autorisés en dehors de cette procédure). Le législateur a souhaité que la procédure permette une mise en concurrence sincère, loyale et équitable des porteurs de projets. La procédure vise

également à gagner en efficience. Les projets sélectionnés ont l'assurance d'aboutir, grâce à la garantie de financement qui est systématiquement associée.

La Direction générale de la cohésion sociale et la CNSA se sont fortement investies dans la mise en œuvre de la réforme, notamment en organisant des formations dans les agences régionales de santé.

En septembre 2011, la moitié des agences avaient lancé des appels à projets – contre 10 % des départements et des directions départementales, ce faible taux s'expliquant à la fois par le contexte budgétaire et par la faculté laissée par la loi « HPST » de continuer à recourir aux listes validées en comité régional durant trois ans, afin de finaliser les dossiers en cours. En septembre 2012, la première actualisation de cette étude montre une nette augmentation du taux de recours à la procédure, notamment par les conseils généraux et les directions départementales.

Le risque de cette nouvelle procédure est qu'elle étouffe les initiatives locales, en imposant des cahiers des charges trop précis qui ne laissent pas de place à l'innovation. Dans le domaine du handicap psychique, où l'offre médico-sociale est actuellement très faible, les appels à projets dits « innovants » seront très importants.

2. L'identification des besoins dans le secteur du handicap

Lors des auditions que votre rapporteure a conduites, le problème de la méconnaissance des besoins réels en places pour adultes et enfants handicapés est revenu très souvent, aussi bien au niveau national que lors de ses entretiens avec les acteurs locaux en Charente. On sait, bien sûr, qu'il y a de nombreux jeunes adultes qui sont maintenus en établissement pour enfant au-delà de leurs 20 ans au titre de « l'amendement Creton »⁽¹⁾, faute de place dans les structures pour adultes, et que ces dernières accueillent des personnes handicapées vieillissantes, pour lesquelles elles ne sont pas vraiment adaptées.

Cependant, personne n'a une connaissance précise des besoins en fonction des types d'établissements, des pathologies, des âges, ni pour le présent, ni pour l'avenir.

Une mission sur l'adéquation entre offre et besoins, ainsi que sur le mode de financement des établissements pour personnes handicapées, a été confiée aux inspections générales des finances et des affaires sociales. Les travaux devraient

(1) Article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, modifié par l'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989, dit « amendement Creton » : « Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement d'éducation spéciale ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, conformément au cinquième alinéa (3°) du paragraphe I de l'article L. 323-11 du code du travail, ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision conjointe de la commission départementale de l'éducation spéciale et de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel. »

être rendus dans les prochaines semaines, mais votre rapporteure a pu auditionner l'un des responsables de la mission, M. Laurent Vachey, inspecteur général des finances.

Il n'existe aucun système organisé pour décrire les besoins des personnes handicapées. On connaît seulement les types de handicap. On a des connaissances sur les pathologies et leur évolution, mais elles ne sont pas utilisées pour faire des prévisions. S'agissant de l'offre, il n'y a pas non plus d'outil permettant d'évaluer les prestations offertes par les établissements. La catégorie d'agrément ne révèle pas grand-chose sur le mode de prise en charge et d'accompagnement des personnes dans un établissement.

Par ailleurs, il n'y a aucune centralisation des demandes des familles. Les personnes handicapées sont souvent inscrites concomitamment sur plusieurs listes d'attentes.

M. Laurent Vachey indique que le nombre de personnes de plus de 20 ans qui restent dans les établissements pour enfants au titre de l'« amendement Creton » a augmenté de 25 % entre 2006 et 2010. Il faudra aussi trancher la question de savoir si les personnes handicapées vieillissantes doivent être hébergées dans des sections spécialisées au sein des établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées.

Si le manque de places est une certitude, la mission conclut qu'il ne faut pas lancer de nouveau plan de création de places sans avoir au préalable évalué les besoins, de façon précise et cartographiée. M. Laurent Vachey estime qu'il faudra environ deux ou trois ans pour aboutir. Cela nécessite au préalable de mener à bien le chantier d'harmonisation des systèmes d'information que conduit la CNSA afin de pouvoir retraiter les informations recueillies par les maisons départementales des personnes handicapées.

Votre rapporteure souligne également que, dans le cadre de la préparation d'un nouveau plan de développement de l'offre, il faudra absolument prendre en compte la question des personnes qui subissent un handicap psychique : les établissements « classiques » ne sont pas adaptés à ce type de handicap cyclique.

C. LES RÉFORMES DE TARIFICATION : DES CHANTIERS DIFFICILES

Plusieurs réformes concernant la tarification des établissements et services sont menées concomitamment depuis plusieurs années, sans qu'aucune ne soit achevée. Ces réformes constituent des enjeux financiers très importants pour l'assurance maladie et pour les départements, et n'emportent pas facilement l'adhésion de tous les établissements et services dans la mesure où, dans un contexte budgétaire contraint, il y a des gagnants mais aussi des perdants.

1. La 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).

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 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.

L'article 63 de la loi de financement pour 2009 prévoit la mise en œuvre d'un forfait global relatif aux soins dans le cadre d'une tarification à la ressource ⁽¹⁾. Un décret d'application est passé en section sociale du Conseil d'État le 8 décembre 2010. Il a finalement été décidé de ne pas le publier en raison des débats relatifs à la réforme de la dépendance et des difficultés à objectiver les paramètres de cette nouvelle allocation de ressources.

La question du développement de l'option tarifaire globale a suscité un certain nombre d'interrogations du fait de la majoration substantielle qu'elle entraînait. L'inspection générale des affaires sociales a été missionnée afin d'évaluer cette option. Le rapport définitif a été rendu en octobre 2011.

Un moratoire sur le passage au tarif global a été décidé dès 2011 pour les nouveaux établissements qui le sollicitaient (sans conséquence sur les EHPAD qui l'avaient déjà obtenu) ; il a été reconduit en 2012, la mission ayant conclu au surcalibrage de la valeur des points du tarif global par rapport aux dépenses constatées dans l'enveloppe soins de ville en ce qui concerne les postes de soins pris en charge par le tarif global.

(1) Le principe de tarification à la ressource est également appliqué à la section dépendance tandis que le tarif journalier perdure pour les prestations relatives à l'hébergement.

Afin d'objectiver les coûts supportés par les établissements, le Gouvernement a décidé de lancer une étude pilotée par l'Agence technique de l'hospitalisation (ATIH), dont les travaux préparatoires ont déjà débuté. Les premiers résultats ne devraient pas être disponibles avant 2014. En effet, il est nécessaire d'accompagner les établissements pour le retraitement des données comptables et d'attendre le déploiement complet de la transmission de la liste des résidents en EHPAD à l'assurance maladie afin de reconstituer les coûts complets.

Parallèlement, le comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS⁽¹⁾, présidé par le Professeur Novella, a engagé des travaux qui devraient permettre de revoir les modalités de codage et les règles de pondération entre postes de soins et ainsi d'actualiser la détermination des besoins en soins des résidents des EHPAD.

Au regard des conclusions du rapport de l'IGAS s'agissant des écueils d'une tarification automatique et de l'absence de données objectivées sur les coûts, il a été décidé de conduire des expérimentations permettant de poser les bases d'une allocation de ressources qui prenne mieux en compte la qualité (article 67 de la loi de financement pour 2012). Les expérimentations visent, d'une part, à identifier les indicateurs pertinents de mesure de la qualité de la prise en charge et de l'efficacité des soins prodigués, et, d'autre part, à mettre au point les modalités d'une modulation de la dotation soins des EHPAD.

La mise en œuvre d'une phase de concertation avec les fédérations d'établissements devrait conduire à publier les textes nécessaires au démarrage de ces expérimentations à la fin de l'année 2012 (décret en Conseil d'État relatif au cahier des charges, décret simple listant les indicateurs et arrêté fixant la liste des agences régionales de santé expérimentatrices).

Enfin, les dotations des EHPAD peuvent également être impactées par le processus de convergence tarifaire prévu par l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, qui indique que le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer chaque année des tarifs plafonds, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués vers les tarifs plafonds. Concrètement, les établissements bénéficiant de dotation qui les placent au-dessus des tarifs plafonds voient chaque année leur dotation diminuer progressivement. Pour 2013, 13 millions d'euros d'économies sont prévues à ce titre.

Votre rapporteure considère que, dans le cadre de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie qui doit être menée à bien l'an prochain, il faudra revoir les principes et les modalités de cette convergence tarifaire qui peut frapper sans discernement des établissements supportant des coûts importants.

(1) Référentiels utilisés pour évaluer le niveau de perte d'autonomie et les besoins en soins médico-techniques permettant la tarification.

2. La tarification des services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont financés par l'assurance maladie. Le dispositif actuel de tarification consiste à attribuer une dotation à hauteur des dépenses effectives de chaque service, en faisant correspondre les produits aux charges.

Une étude, lancée en avril 2007 auprès de 36 services et plus de 2 000 patients, a mis en évidence les lacunes de ce système : il est en décalage avec les coûts réels de prise en charge, il incite peu à la réalisation de gains de productivité et il ne prend pas en compte le coût complet des patients nécessitant des soins et des passages à domicile plus fréquents.

Un nouveau modèle d'allocation des ressources a ainsi fait l'objet d'expérimentations entre 2010 et 2011, puis d'ajustements techniques en 2012. Ce nouveau modèle, proposé et validé en décembre 2008 par un comité de pilotage associant toutes les parties intéressées, introduit une logique de capitation, en associant à un financement fondé sur les coûts de structure, un financement tenant compte des caractéristiques des patients.

Le score « structure » est calculé en multipliant une dotation de structure par patient, qui dépend de la taille du service, par le nombre de patients présents au moment de la coupe et en divisant cet ensemble par la valeur nationale du point. L'enveloppe nationale SSIAD est divisée par le nombre de points produits par l'ensemble des services.

Le score « patient » est calculé à partir de quinze variables discriminantes liées aux besoins en soins des patients (entre autres, nutrition, kinésithérapie, soins infirmiers requérants, GIR, provenance du patient, incontinence, déficience des membres supérieurs, lit médicalisé, soins de fin de vie, zone d'intervention, etc.), pondérées par un coefficient, en fonction de la situation du patient.

Le forfait global attribué au SSIAD est déterminé en multipliant la somme du score structure et du score patient par la valeur nationale du point.

Le modèle a plusieurs fois été testé « à blanc », afin de constater les différences entre l'allocation théorique et la dotation actuelle de chaque SSIAD. Certaines modifications ont été apportées, notamment sur la prise en compte des déplacements : les kilomètres parcourus ont été pondérés par les temps de déplacement.

Afin d'évaluer les impacts des modifications apportées à l'algorithme de calcul, ainsi que de mesurer les effets liés à l'évolution de la patientèle des services, une nouvelle enquête nationale est lancée en octobre 2012. Ces nouvelles simulations permettront d'envisager la mise en œuvre concrète de la réforme de la tarification des SSIAD à compter de 2014.

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

Le secteur de l'aide à domicile, secteur clé dans le cadre de la politique de maintien à domicile, se trouve confronté à un enjeu de taille : une nécessaire montée en charge et en qualité des dispositifs pour mieux répondre aux besoins des usagers, alors que nombre de services se trouvent confrontés à une situation financière difficile, dans un contexte de contrainte budgétaire pour les finances publiques. Reposant en grande partie sur l'initiative et le travail de bénévoles, le secteur doit parvenir à se restructurer pour faire face à ces défis.

a) Un plan d'aide exceptionnel aux services d'aide à domicile

Le secteur connaît de grandes difficultés financières, ayant déjà conduit à de nombreux dépôts de bilan. Afin de répondre à cette situation d'urgence, tout en soutenant les actions de restructuration nécessaires dans le secteur, un dispositif exceptionnel a été mis en place par l'article 150 de la loi de finances pour 2012.

Ce dispositif d'aide exceptionnelle pour les services présentant des difficultés financières importantes correspond à la mise en œuvre de la première mesure préconisée par le rapport au Gouvernement de notre collègue Bérengère Poletti (janvier 2012).

50 millions d'euros d'autorisations d'engagement ont été accordés à un fonds de restructuration, avec 25 millions d'euros de crédits de paiement début 2013 et 25 millions d'euros fin 2013, ces derniers devant être pris sur les réserves de la CNSA. Géré par les agences régionales de santé, avec le concours des conseils généraux et des directions régionales, ce fonds s'accompagne d'une contractualisation avec les services bénéficiaires sur des objectifs de retour à l'équilibre⁽¹⁾.

Une première campagne d'instruction a permis d'accompagner la restructuration et le retour à l'équilibre de 576 services. Un reliquat d'enveloppe de 1,2 million d'euros étant apparu, une instruction du 25 juillet 2012 demande aux agences régionales de faire parvenir à la CNSA les dossiers complémentaires nécessitant une aide exceptionnelle afin d'aider les régions dont les besoins n'ont pas été entièrement couverts. La procédure est en cours.

b) Une réforme structurelle nécessaire

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile peuvent, d'un point de vue juridique et 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

(1) Circulaire du 19 décembre 2011 et arrêté du 26 janvier 2012 portant sur les modalités de répartition de la dotation prévue à l'article 150 de la loi de finances du 28 décembre 2011.

deux modalités juridiques d'exercice de l'activité, appelée « droit d'option », est prévue à l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles.

Votre rapporteure n'est pas favorable à la coexistence de ces deux régimes, dont l'un, celui de l'agrément, introduit la concurrence de personnels non formés qui font baisser la qualité générale des services offerts aux personnes âgées.

Préconisée par le rapport Poletti et la mission conjointe des inspections générales des affaires sociales et des finances de 2010, tout comme l'Assemblée des départements de France, l'expérimentation de nouvelles modalités d'allocation des ressources a été engagée par la loi de finances pour 2012.

L'expérimentation, d'une durée de trois ans, est ouverte aux départements et services volontaires. Elle fera l'objet d'un suivi au sein d'un comité de pilotage national co-présidé par la Direction générale de la cohésion sociale et l'Assemblée des départements de France. Les conseils généraux volontaires formalisent dans une note de cadrage leur expérimentation et mettent en place un comité local de suivi.

Les modalités d'allocation de ressources ainsi expérimentés retiennent schématiquement deux modèles : forfait global et tarification horaire rénovée.

Le premier modèle, proposé par l'Assemblée des départements de France et quatorze fédérations de services, se fonde sur le principe d'une allocation de ressources par forfait global de financement, dans le cadre d'une contractualisation pluriannuelle, autour d'objectifs organisationnels et de services à dispenser.

Le second modèle comporte deux possibilités d'allocation des ressources :

- une tarification horaire, associée éventuellement à des missions de service public, avec la distinction entre tarifs « aide à la personne » et « aide à l'environnement » formalisée dans le rapport des inspections générales ;

- une dotation globale calibrée sur des paniers de prestations-types, certaines missions spécifiques pouvant donner lieu à des financements supplémentaires, comme cela est envisagé dans le rapport Poletti.

De manière complémentaire et dans le souci d'une meilleure connaissance des prestations et des coûts du secteur, une étude nationale de coûts est en cours de préparation à la Direction générale de la cohésion sociale.

Sur la base de l'évaluation des effets des expérimentations conduites et d'une connaissance accrue des déterminants des coûts, un nouveau modèle de tarification, plus efficient et incitatif, pourra être proposé au secteur.

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

Actuellement, il n'existe aucune explication rationnelle des écarts budgétaires entre établissements pour personnes handicapées. Une réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes handicapées devrait permettre d'accorder davantage de moyens aux établissements accueillant les personnes les plus lourdement handicapées, et de garantir une plus grande égalité entre les territoires et les individus.

La mission de l'IGAS et l'IGF précitée s'est également penchée sur le mode de financement des établissements pour personnes handicapées.

Constatant la difficulté des pouvoirs publics à faire aboutir les différentes réformes de tarification, la mission s'est davantage penchée sur la méthode d'élaboration d'une nouvelle tarification que sur les solutions concrètes, qui doivent être élaborées en concertation avec tous les acteurs concernés.

La mission recommande tout d'abord d'analyser les services rendus par les établissements. Ensuite, elle recommande de lancer une étude nationale de coûts.

Enfin, il faudra choisir un modèle adapté à l'organisation des services, mettre en cause la pertinence de la répartition des financements entre État, assurance maladie et départements. Pour M. Laurent Vachey, les systèmes de tarification mixtes impliquant deux financeurs (assurance maladie et conseils généraux par exemple) sont trop lourds : il recommande donc une simplification par catégorie d'établissements.

Une telle réforme de la tarification implique de nouveaux critères d'allocation de la ressource et donc la redistribution des moyens, avec des gagnants et des perdants. Le secteur doit être prêt à accepter et à absorber une telle évolution.

EXAMEN DES ARTICLES RELATIFS AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2013

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 52

(art. L. 312-1 et L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles)

Pérennisation des lits d'accueil médicalisés

Le présent article vise à pérenniser les lits d'accueil médicalisés en les inscrivant dans le code de l'action sociale et des familles et en prévoyant leur financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

1. L'expérimentation des lits d'accueil médicalisés

Les lits d'accueil médicalisés ont été créés à titre expérimental en 2009 pour quatre ans (jusqu'en décembre 2012) afin de permettre l'accueil de personnes sans domicile fixe et atteintes de pathologies chroniques lourdes et au pronostic sombre (Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers à un stade avancé...). Le dispositif des lits haltes soins de santé, mis en place depuis 2004, n'était pas destiné à l'accueil de personnes atteintes de pathologies lourdes, alors que les lits d'accueil médicalisés disposent de personnel médical 24 heures sur 24.

Les lits d'accueil médicalisé ont été expérimentés sur trois sites : Troyes (6 lits), Lille (15 lits) et Paris (24 lits), dans le cadre de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale.

L'évaluation de l'expérimentation, réalisée par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) et suivie par un comité d'évaluation, a permis de dégager les conclusions suivantes :

– les lits d'accueil médicalisés ne se substituent pas à un mode de prise en charge existant ;

– ils répondent à un besoin non pourvu pour une population atteinte de pathologies lourdes et d'autant plus fragilisée que largement désocialisée ;

– outre l'amélioration sanitaire, les lits d'accueil médicalisés favorisent à terme, et à coûts réduits, l'accès de ce public aux structures de droit commun.

Il s'agit donc de pérenniser ces structures en donnant un statut juridique stable à ce nouveau dispositif de prise en charge.

2. La pérennisation du dispositif

Le présent article inscrit ces structures de manière pérenne dans le code de l'action sociale et des familles en organisant leur financement par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le 1^o du **I** inscrit les lits d'accueil médicalisés à l'article L. 312-1 qui fixe la liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les lits d'accueil médicalisés sont ajoutés aux structures d'accueil et d'hébergement de public en difficultés sociales ou en addictions (9^o du I de l'article L. 312-1).

Conformément au II de l'article L. 312-1, un décret d'application devra prévoir les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des lits d'accueil médicalisés, après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Le 2^o du **I** du présent article inscrit les lits d'accueil médicalisés dans l'article L. 314-3-3, prévoyant leur financement par le sixième sous-objectif de l'ONDAM qui assurait déjà le financement de l'expérimentation. L'étude d'impact indique un coût de 3,67 millions d'euros par an.

Le **II** met en cohérence l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale précisant les modalités de financement des structures d'accueil et d'hébergement de public en difficultés sociales ou en addictions mentionnées au 9^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que les modalités de répartitions des sommes ainsi versées entre les différents régimes d'assurance maladie.

Le **III** du présent article prévoit une dérogation à l'article L. 313-1-1 relatif au régime de l'autorisation administrative pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les lits d'accueil médicalisés ayant fait l'objet d'un agrément par l'arrêté du 20 mars 2009⁽¹⁾ sont réputés autorisés à compter du 1^{er} janvier 2013.

*

La Commission adopte l'article 52 sans modification.

(1) Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.

Article 53

(art. L. 162-24-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Réduction d'un an du délai de facturation pour les établissements pour personnes handicapées

Le présent article vise à réduire à un an le délai d'émission et de rectification des données de facturation des établissements pour personnes handicapées à l'assurance maladie.

1. La situation actuelle

Les établissements accueillant des personnes handicapées tarifées au prix de journée sont financés par l'assurance maladie. Actuellement, ces établissements disposent, pour émettre et modifier leurs factures auprès de l'assurance maladie, d'un délai de deux (délai de prescription de droit commun pour les prestations de l'assurance maladie, en vertu de l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale) ou cinq ans selon les catégories d'établissements.

Ce délai rend difficile le suivi infra-annuel des dépenses financées sur le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social, ainsi que l'imputation au bon exercice de rattachement.

La Cour des comptes, dans son rapport sur la certification des comptes du régime général pour l'exercice 2010, ainsi que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans le cadre du rapport sur le respect de l'objectif global de dépenses de mars 2011, ont souligné les limites de la situation actuelle. Ainsi, sur le champ médico-social, l'IGAS a estimé que les comparaisons entre les montants tarifés par les agences régionales de santé et le montant des dépenses correspondantes communiqué par l'assurance maladie ne permettaient pas de porter une appréciation solide sur le niveau de réalisation de l'exercice 2011, notamment du fait qu'une part non négligeable des dépenses 2010 portait sur les exercices antérieurs, sans qu'il soit possible de les identifier clairement par exercice de rattachement.

Les factures des établissements pour personnes handicapées tarifés en prix de journée transmises au-delà d'un an après la réalisation de la prestation représentent un montant de l'ordre de 50 millions d'euros, soit 1 % de la dépense médico-sociale consacrée à ce type d'établissements.

Compte tenu de difficultés similaires pour les établissements de santé, le délai dont ceux-ci disposent pour émettre et rectifier leurs données de facturation à l'assurance maladie a déjà été réduit de deux à un an par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article L. 162-25 du code de la sécurité sociale).

Il est proposé de procéder à la même réforme pour les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées tarifés au prix de journée.

2. Le dispositif proposé

Le **I** du présent article modifie l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale relatif au délai de facturation d'un an des établissements de santé issu de la loi de financement pour 2012. Consacrant cet article aux dérogations à l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale selon lequel l'action de l'assuré pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, le présent article ajoute, à la suite de l'exception pour les établissements de santé (**1°**), un **2°** relatif à certains établissements pour personnes handicapées qui disposent désormais d'un délai d'un an pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie.

Les établissements concernés sont des établissements tarifés au prix de journée relevant des catégories suivantes :

– les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés (**2°** de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) ;

– les établissements de rééducation professionnelle (*b* du **5°** du même article) ;

– les établissements pour adultes handicapés (**7°** du même article), pour lesquelles s'applique actuellement le délai de droit commun de cinq ans fixé par le code civil.

La facturation des établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée étant réalisée mensuellement, le point de départ du délai de facturation est fixé au premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation.

Le **II** du présent article dispose que le nouveau délai de facturation s'applique aux prestations délivrées à compter du 1^{er} janvier 2013.

Certains organismes ont alerté votre rapporteure sur les difficultés financières que risqueraient d'entraîner ces nouvelles dispositions pour eux. En effet, certaines maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dépassent très largement le délai légal de quatre mois pour rendre leurs décisions d'orientation. Toutefois, votre rapporteure indique que rien n'empêche les établissements de transmettre leur facture en temps utile à l'assurance maladie sans pièces justificatives, ces dernières (par exemple, la notification de la maison départementale) pouvant être adressées plus tard – ce sont elles qui déclencheront la liquidation.

L'amélioration de la gestion des crédits de l'ONDAM médico-social doit être une priorité.

La Commission est saisie de l'amendement AS 157 de Mme Bérengère Poletti, de suppression.

Mme Bérengère Poletti. La disposition proposée par l'article 53 entraînerait de très grandes difficultés pour les établissements et services et pour l'organisation des prises en charge, du fait des délais de notification des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Il convient donc de supprimer cette disposition, dont certains députés de la majorité se sont d'ailleurs émus lors de l'audition des ministres.

Mme Martine Pinville, rapporteure pour le médico-social. Les auditions ont en effet souligné certains retards supérieurs à une année, mais ce délai d'un an paraît, dans l'ensemble, raisonnable. Avis défavorable, donc, à l'amendement.

La Commission rejette l'amendement AS 157.

Puis elle adopte l'article 53 sans modification.

Article 54

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

Fin de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Le présent article propose de mettre fin à l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation de l'assurance maladie aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), expérimentation qui avait été mise en place par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

L'expérimentation n'ayant pas permis d'identifier de gains en termes de qualité des soins comme d'efficacité économique, il est proposé d'y mettre fin sans généralisation.

1. L'expérimentation proposée par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait prévu d'expérimenter la réintégration du coût des médicaments dans le « forfait soins » des EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur, en vue d'une généralisation à compter du 1^{er} janvier 2011.

Pour mémoire, en vertu de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, le financement des EHPAD se répartit en trois forfaits : le « forfait soins » financé par l'assurance maladie, le « forfait dépendance » financé par le conseil général au titre de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), et le « forfait hébergement » qui reste à la charge du résident, à moins qu'il ne soit pris en charge par l'aide sociale.

L'article L. 314-8 du même code précise que dans les établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, le forfait soins ne comprend pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments remboursables aux assurés.

L'intégration des médicaments dans le forfait soins avait déjà été tentée en 1999 avant d'être abandonnée en 2002. L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoyait la réintégration dans le tarif afférent aux soins des EHPAD des achats, fournitures, prises en charge et utilisations des médicaments remboursables. L'objectif était de parvenir à une meilleure maîtrise de la consommation médicamenteuse des résidents des EHPAD. La surconsommation observée dans toute la France est non seulement coûteuse pour l'assurance maladie mais elle provoque de fréquentes pathologies chez les personnes âgées induisant des accidents iatrogènes mortels chez les personnes les plus faibles. La réintégration des médicaments dans les forfaits de soins devait

amener à rationaliser la prescription, améliorer la politique d'achat et renforcer la surveillance de la consommation médicamenteuse par les résidents des EHPAD.

L'article 64 prévoyait en outre :

– l'instauration d'un pharmacien d'officine référent pour l'établissement, afin d'améliorer le circuit du médicament et son bon usage, en lien avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants des résidents ;

– la publication d'un arrêté fixant la liste des médicaments pris en charge par les organismes d'assurance maladie en sus des prestations de soins ;

– la consécration du rôle central du médecin coordonnateur, auprès des professionnels exerçant dans l'établissement, en matière de bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et de produits de santé.

2. La mise en œuvre et l'évaluation de l'expérimentation

L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a reporté l'échéance de ces expérimentations au 1^{er} janvier 2013, le Gouvernement devant remettre au Parlement un rapport d'évaluation au plus tard le 1^{er} octobre 2012. En effet, la complexité de l'expérimentation et sa courte durée n'ont pas permis de disposer d'éléments suffisants pour préparer une généralisation dès 2011.

Le Gouvernement a confié le rapport d'évaluation de l'expérimentation à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Ce rapport n'est malheureusement pas encore terminé à ce jour, mais votre rapporteure a obtenu une présentation des premiers résultats.

Il a été demandé aux EHPAD expérimentateurs de transmettre des données sur les prescriptions médicamenteuses de leurs résidents en vigueur à une date donnée de janvier 2012 sur lesquelles des requêtes sont réalisées. Ces données ont ensuite été comparées aux mêmes données issues de l'échantillon témoin ⁽¹⁾.

Sur 256 EHPAD expérimentateurs, 172 ont fourni des données soit 67 % ce qui représente près de 13 000 résidents. L'échantillon témoin de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) permet d'analyser des données pour près de 16 000 résidents.

Les résultats de l'évaluation ne font pas apparaître de gains tant en terme de qualité de la prescription que de montant de la dépense.

(1) L'échantillon témoin est constitué d'EHPAD sans pharmacie à usage intérieur dont les dépenses de médicaments sont remboursées à titre individuel aux résidents et donc financées dans le cadre de l'objectif de dépenses soins de ville. Cet échantillon, composé par la CNAMTS sur la base des remboursements constatés, a été constitué selon une méthodologie stricte de façon à être comparable à celui de l'échantillon des EHPAD expérimentateurs.

Dans 11,7 % des EHPAD expérimentateurs, 33 % des résidents se voient prescrire 10 molécules ou plus et pour près de 13 % d'entre eux, 5 % de résidents consomment plus de 15 molécules. Pour chacune des classes médicamenteuses suivies dans cette évaluation, la consommation des résidents dans l'échantillon témoin est légèrement inférieure (de l'ordre de moins de 5 %) par rapport à l'échantillon des EHPAD expérimentateurs ⁽¹⁾. La consommation globale est de 7,56 molécules par patient dans l'échantillon des EHPAD expérimentateurs et de 6,67 molécules par patient dans l'échantillon témoin.

Enfin, s'agissant du coût moyen mensuel par consommateur de médicaments, celui-ci est de 159 euros dans les EHPAD expérimentateurs et de 147 euros dans l'échantillon témoin.

Compte tenu des résultats décrits ci-dessus, l'objectif initial recherché à travers cette expérimentation n'est pas atteint. Toutefois, il convient d'observer que ces résultats ont été obtenus à partir de données relevées sur une période d'un mois seulement (janvier 2012). En tout état de cause, l'intégration des médicaments dans le forfait soins ne semble pas être une mesure suffisante pour maîtriser la consommation de médicaments : pour cela, il est indispensable d'agir en amont, au stade de la prescription.

3. Le présent article propose de clore cette expérimentation

Le présent article propose donc de mettre un terme à cette expérimentation et de supprimer le passage automatique, en 2013, à la généralisation du financement des médicaments dans le cadre d'un forfait.

Le **I** supprime les trois alinéas (huitième, neuvième et dixième) de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles relatifs à l'expérimentation.

Le **II** abroge le 4^o du XXI de l'article L. 543-1 du même code qui prévoyait que l'expérimentation n'était pas applicable à Mayotte.

Le **III** abroge le 4^o du I de l'article 80 de la loi de financement pour 2011 qui prévoyait la généralisation de l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2013, *via* la suppression du septième alinéa de l'article L. 314-8 relatif à l'exclusion des médicaments du forfait soins des établissements.

C'est ce septième alinéa qui restera applicable pour les établissements qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire : le forfait soins des EHPAD et unités de soins de longue durée ne comprend pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments remboursables et dispensés aux résidents qui sont pris en charge dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire dans l'enveloppe soins de ville des dépenses d'assurance maladie, *via* les remboursements individuels aux assurés.

(1) À l'exception des diurétiques, sans qu'il soit possible d'expliquer cette exception.

Le **IV** prévoit que l'abrogation des dispositions relatives à l'expérimentation entre en vigueur au 1^{er} juillet 2013. Il est en effet nécessaire de prévoir une phase transitoire de six mois permettant aux établissements concernés de sortir du cadre expérimental actuel.

46 millions d'euros avaient été affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le financement de cette expérimentation. 10 millions d'euros n'ont pas été consommés en 2012 et seront « débasés » de l'objectif global de dépense de la CNSA et affectés au fonds d'intervention régional (FIR). L'arrêt de l'expérimentation à mi-année 2013 correspond donc à une économie de 18 millions d'euros (la moitié des 36 millions consommés en 2012) et sont rétrocédés à l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM. Au total, 28 millions d'euros sont déduits de la dépense 2012 servant de base à la construction de l'objectif global de dépense 2013 (c'est ce que l'on appelle le débasage).

Le sujet de l'amélioration de la qualité de la prescription chez le sujet âgé, et particulièrement celui des résidents en EHPAD, demeure un enjeu majeur tant en termes financiers que de santé publique.

L'accent doit désormais être mis sur une action générale contre la iatrogénie médicamenteuse chez l'ensemble des sujets âgés, qu'ils résident ou non en EHPAD, notamment par une aide au bon usage des médicaments et une amélioration des prescriptions pour en limiter le nombre, en particulier au moyen de référentiels. L'assurance maladie a déjà commencé à travailler sur les prescriptions de neuroleptiques, en mettant en place des indicateurs de suivi et en intervenant auprès des médecins les plus prescripteurs de ces médicaments.

L'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées a lancé une enquête très large portant sur les prescriptions des résidents de la moitié des EHPAD de la région, soit environ 200 établissements. Après la phase de constat, l'expérience est poursuivie afin d'améliorer la prise en charge des résidents, notamment avec l'aide de gériatres hospitaliers.

La lutte contre la surconsommation de médicaments passe aussi par le développement des pharmacies à usage intérieur. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 avait prévu, à compter du 1^{er} janvier 2011, la possibilité pour les groupements de coopération sociale et médico-sociale ⁽¹⁾ d'être chargés par leurs membres des activités d'une pharmacie à usage intérieur (article L. 5126-1 du code de la sécurité sociale). L'article 82 de la loi de financement pour 2011 a reporté cette échéance au 1^{er} janvier 2013.

*

(1) *Les missions des groupements de coopération sociale et médico-sociale relèvent du 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.*

La Commission examine, en discussion commune, les amendements AS 158 de Mme Bérengère Poletti et AS 124 de M. Arnaud Richard.

Mme Bérengère Poletti. L'article 64-I de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu des expérimentations relatives à l'intégration des dépenses de médicaments et à leur prise en charge par les forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le présent amendement tend à permettre la poursuite de cette expérimentation pour les établissements qui s'y étaient engagés, sauf opposition expresse de leur part, avant le 1^{er} juillet 2013.

Mme Martine Pinville, rapporteure. Lorsque les conclusions d'une expérimentation ne sont pas satisfaisantes, il faut savoir y mettre fin. Tel est le but de l'article 54.

La dépense de médicaments dans les EHPAD pose des problèmes économiques et sanitaires qui ne sont pas encore résolus. Il faut continuer à y travailler.

Mme Bérengère Poletti. Le bilan réalisé ne porte que sur un mois d'expérimentation et ne permet donc pas de porter un jugement complet.

M. Arnaud Richard. Il n'est pas très sérieux de se fonder sur les résultats d'un mois d'expérimentation. J'espère que le Gouvernement aura d'autres arguments à faire valoir en séance publique.

Mme Martine Pinville, rapporteure. Une expérimentation d'un mois n'est certes pas satisfaisante. Il faut donc reprendre la réflexion, mais pas sous cette forme.

La Commission rejette successivement les amendements AS 158 et AS 124.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS 231 de Mme Martine Pinville, rapporteure, et AS 159 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Martine Pinville, rapporteure. Cet amendement vise à tirer les conséquences de la possibilité offerte aux groupements de coopération sociale et médico-sociale de gérer une pharmacie à usage intérieur pour le compte de leurs membres à compter du 1^{er} janvier 2013.

Mme Bérengère Poletti. L'amendement AS 159 a le même objet.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je n'ai pas assez exprimé tout à l'heure les réserves que m'inspire l'article 50, qui pose notamment des problèmes de traçabilité des médicaments. Nous reviendrons sur cette question lors de l'examen du texte en séance publique.

La Commission adopte les amendements AS 231 et AS 159.

Puis elle adopte l'article 54 modifié.

Après l'article 54

La Commission est saisie de l'amendement AS 116 de M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Cet amendement tend à simplifier les procédures d'évaluation dans le cadre d'établissements gérés par un même organisme gestionnaire.

Mme Martine Pinville, rapporteure. L'obligation d'évaluation porte sur un établissement. Rien n'empêche cependant les organismes gestionnaires de plusieurs établissements de négocier un prix global pour ces évaluations. J'ai néanmoins évoqué cette question avec le Gouvernement, qui va notamment étudier la possibilité de modifier le décret ou le calendrier. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 116.

Elle examine ensuite l'amendement AS 160 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Le présent amendement vise à préciser les modalités d'application de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans un contexte de sous-consommation des crédits destinés au fonctionnement des établissements et services pour personnes âgées et de tension sur les budgets des établissements et services pour personnes handicapées, il apparaît indispensable de mettre en application la 11^e mission de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, qui prévoit la réalisation d'études relatives à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services.

En effet, alors que les crédits votés annuellement par le Parlement pour le fonctionnement des établissements pour personnes âgées ne sont pas délégués en totalité aux établissements, dont les besoins ne cessent de croître, et que ce secteur accuse des retards de financement importants liés aux difficultés de renouvellement des conventions tripartites pluriannuelles, il n'est plus envisageable de soumettre les établissements bénéficiant d'un financement à la hauteur de leurs besoins à la convergence tarifaire. Cette politique, dans le secteur des personnes âgées, permet un gain de moins de 20 millions d'euros annuels, ce qui, au regard de 245 millions de sous-consommation, n'a plus de sens. Par ailleurs, tout tarif plafond doit être déterminé sur des bases objectives et statistiques, que seules des études nationales de coûts pilotées par la CNSA permettront de dégager dans un cadre méthodique, objectif et représentatif.

Mme Martine Pinville, rapporteure. La connaissance des coûts est en effet indispensable pour les établissements et pour mener à bien la réforme de la tarification. Cependant, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

(ATIH) n'a pas encore rendu l'étude dont elle a été chargée sur les coûts et il est donc encore précoce d'inscrire dans la loi la disposition que vous proposez. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 160.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 161 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Le différentiel de charges sociales et fiscales dans le secteur médico-social a fait l'objet d'une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, afin d'objectiver la nature et la hauteur de ce différentiel au moyen d'un rapport du Gouvernement remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la loi. Une mission sur ce point a été confiée conjointement à l'Inspection générale des finances (IGF) et à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dont le rapport est très attendu.

Mme Martine Pinville, rapporteure. Le fait que tous les établissements ne soient pas soumis au même régime fiscal et social crée effectivement des distorsions. Nous devrions recevoir avant la fin de l'année le rapport demandé à l'IGAS et à l'IGF. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 161.

Elle examine alors l'amendement AS 162 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. L'objectif de cet amendement est d'éviter que les établissements publics et privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non-remplacement d'effectifs, tandis qu'ils auraient à supporter par ailleurs des coûts plus élevés liés à la géographie. Cette disposition aurait naturellement lieu de s'appliquer lors de la mise en place de la réforme tarifaire annoncée pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ainsi que pour les tarifs plafonds des établissements et soins d'aide par le travail (ESAT) dans le cadre des dispositions et financements issus, pour ces établissements, de la loi de finances.

Mme Martine Pinville, rapporteure. La tarification ne peut pas prendre en compte toutes les particularités. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 162.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 165 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Les travaux en cours menés par le ministère en ce qui concerne la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées souffrent de l'absence d'une base législative pour la mise en application d'un système d'allocation de

ressources ajusté selon les besoins en soins requis par les patients et l'état de dépendance des personnes accueillies.

Le mode d'allocation de ressources modulé en fonction de l'état des personnes accueillies a été introduit dans le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à l'appui d'une base législative consacrant le référentiel « *Pathos* » et la grille « *autonomie gérontologique groupe iso-ressources (AGGIR)* » comme des éléments de modulation des montants déterminés dans le cadre de la tarification. Une mesure analogue doit en conséquence être adoptée pour les services de soins infirmiers à domicile et toute autre catégorie de structures pour laquelle les modalités de détermination des montants de la tarification relèveraient d'une logique analogue.

Mme Martine Pinville, rapporteure. La réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile, qui est en effet urgente, est en cours, mais le processus est très long, car le ministère s'emploie à consulter tous les acteurs concernés. Des simulations ont déjà été réalisées, qui prennent mieux en compte les déplacements infirmiers, mais l'évaluation diffère de celle du système hospitalier. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 165.

Article additionnel après l'article 54

Possibilité pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de recourir à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale

L'introduction de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le périmètre de la centrale d'achat de l'Union nationale des caisses de sécurité sociale (UCANSS) permettra à la CNSA de bénéficier de la convention que l'UCANSS vient de passer avec la centrale d'achat public UGAP, offrant ainsi à la CNSA la possibilité de bénéficier des prix de l'UGAP et également de bénéficier des marchés spécifiques que l'UCANSS passe ou passera pour le compte des caisses.

Cette inscription dans le périmètre de l'UCANSS permettra donc à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de diminuer ses frais de fonctionnement, financés par des crédits de l'ONDAM médico-social.

La Commission est saisie de l'amendement AS 230 de Mme Martine Pinville, rapporteure.

Mme Martine Pinville, rapporteure. Cet amendement vise à permettre à la CNSA de recourir à la centrale d'achats de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS), afin de bénéficier de prix plus avantageux.

Mme Bérengère Poletti. Quel est le matériel concerné ?

Mme Martine Pinville, rapporteure. Il s'agit de divers équipements, dont le coût sera ainsi réduit.

La Commission adopte l'amendement AS 230.

Article 55

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

Plan d'aide à l'investissement 2013 dans le secteur médico-social

Le présent article a pour objet de renouveler en 2013 le financement d'un plan d'aide à l'investissement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) par l'affectation de 2 % des recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

1. Les plans d'aide à l'investissement

Les plans d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA peuvent financer 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 médico-sociaux et des unités de soins de longue durée.

Ces plans d'aide ont un effet d'entraînement sur les autres acteurs du secteur. Ainsi, ils génèrent des dépenses d'investissements de la part des autres financeurs : État, conseils généraux, assurance maladie, etc.

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 CNSA en matière d'aide à l'investissement à partir de la mobilisation de ses fonds propres. Les excédents des exercices précédents sont ainsi affectés à la section V de la CNSA.

Jusqu'en 2011, les plans d'aide à l'investissement ont été financés par les réserves de celle-ci, elles-mêmes constituées grâce à la sous-consommation récurrente de l'objectif global de dépense médico-social (OGD).

Les réserves s'étant finalement épuisées – non par une meilleure consommation des crédits mais par une reprise des crédits non consommés en fin d'année par l'assurance maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a prévu le financement d'un plan d'aide à l'investissement de 48 millions d'euros par l'affectation de 2 % des recettes de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) à la section V de la CNSA.

Ces recettes prélevées sur la section I du budget de la CNSA sont compensées par l'assurance maladie à travers l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social.

2. La reconduction du dispositif en 2013

Le présent article modifie l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, reconduisant pour 2013 la répartition de la contribution de solidarité pour l'autonomie prévue pour l'année 2012.

Le pourcentage de CSA affecté à chaque section du budget de la CNSA est fixé par l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Le présent article ne modifie pas le cadre pérenne de cette répartition, mais prévoit pour 2013 l'affectation de 2 % des recettes de CSA, prélevés sur la section I de la CNSA, à la section V, selon le même mécanisme prévu par la loi de financement pour 2012. Ainsi, comme pour 2012, il prévoit de porter de 12 % à 13 % la part affectée aux établissements et services pour personnes handicapées et de 38 % à 39 % celle affectée au financement des établissements et services pour personnes âgées.

Les recettes issues de la CSA étant estimées à 2 439 millions d'euros en 2013 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 48,8 millions d'euros.

L'étude d'impact indique que le coût de ce plan d'aide sera compensé par l'assurance maladie à travers l'ONDAM médico-social à hauteur des recettes de CSA transférées à la section V.

Désormais, comme le prévoit la convention d'objectifs et de gestion État-CNSA 2012-2015, la gestion des crédits du plan d'aide à l'investissement est déléguée aux agences régionales de santé.

*

La Commission adopte l'article 55 sans modification.

ANNEXE :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI)** – M. Thierry Nouvel, directeur général, et Mme Françoise Kbayaa, présidente adjointe de l’Unapei
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – Mme Sabine Fourcade, directrice générale de la cohésion sociale
- **Assemblée des départements de France (ADF)** – M. Jérôme Guedj, député, président du Conseil général de l’Essonne, M. Jean-Pierre Hardy, chef du service social et Mme Marylène Jouvien, chargée des relations avec le Parlement
- **Union nationale des centres communaux d’action sociale (UNCCAS)** – M. Daniel Zielinski, délégué général et M. Christophe Piteux, délégué général adjoint en charge du service aux adhérents
- **Association des paralysés de France (APF)** – M. Gérard Pic, administrateur et trésorier, et Mme Amaëlle Penon, consultante interne accompagnement à l’évolution du secteur santé et médico-social
- **Mme Florence Lustman**, inspectrice générale des finances, responsable de la mission de pilotage du plan Alzheimer, Mme Sandrine Lemery, ingénieure générale des mines, et Dr Benoît Lavallart
- **Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA)** – M. Luc Allaire, directeur, M. Xavier Dupont, directeur établissements sociaux et médico-sociaux et Mme Emmanuelle Dubée, directrice adjointe
- **Fédération de l’hospitalisation privée (FHP)** – M. Jean-Loup Durousset, président, Dr Gabriel Bossy, président de FHP-SSR, et Mme Élisabeth Tomé-Gertheinrichs, déléguée générale
- **Union nationale de l’aide, des soins et des services à domicile (UNA)** – M. Yves Vérollet, directeur général, Mme Line Lartigue, directrice Santé, M. Nicolas Pailloux, chargé de mission stratégie financière et tarification
- **Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)** – M. Pascal Champvert, président
- **Fédération des établissements hospitaliers et d’assistance privés à but non lucratif (FEHAP)** – M. Antoine Dubout, président, M. Yves-Jean Dupuis, directeur général et M. David Causse, coordonnateur du pôle Santé social

- **Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (FEGAPEI)** – M. Jean-Dominique Tortuyaux, directeur général et Mme Marie Aboussa, directrice déléguée
- **ADMR –association d’aide à domicile**–Mme Marie-Josée Daguin, vice-présidente, et M. Christian Fourreau, directeur adjoint
- **Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV)** – M. Gérard Rivière, président, et M. Pierre Mayeur, directeur
- **Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** – M. Igor Dupin, président, et Mme Annie Coletta, vice-présidente et directrice de la MDPH du Calvados
- **M. Laurent Vachey**, inspecteur général des finances, responsable d’une mission IGAS-IGF sur l’offre de places pour personnes handicapées
- **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA)** – M. Jean-Alain Margarit, président, et Mme Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** – M. Nicolas Clément, directeur général, M. Ronald Maire, secteur Organisation territoriale et politiques sanitaires et sociales, M. Laurent Thévenin, secteur Santé-Handicap, et M. Alain Villez, secteur Personnes âgées
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – Mme Murielle Jamot, adjointe au délégué général chargé du secteur vieillesse handicap

*Auditions des acteurs du secteur médico-social en Charente
organisée lundi 24 septembre 2012 à Angoulême*

- **Département de Charente** : Mme Isabelle Delage, directrice générale adjointe chargée de la direction de la solidarité, Mme Fabienne Rejou – directrice Handicap dépendance, Mme Marie-Christine Boyer – chef du service de l’action gérontologique territoriale
- **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** de Charente – M. Thierry Gravelle, directeur
- **Maison d’accueil spécialisée** du centre hospitalier Camille Claudel – Mme Valérie Proust, directrice et M. Luc Thiel, directeur du centre hospitalier
- **Association ADMR** (aide à domicile en milieu rural) de Charente – Mme Marie-France Willaumez, présidente, et M. Alexandre Ricco, directeur
- **Etablissements d’hébergement de personnes âgées dépendantes** – Mme Claudette Bressy-Rioux, directrice de la maison de retraite « Les Charmilles » à Roumazières-Loubert et M. Luc Neyme, directeur d’un groupe d’établissements