



N° 2303

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 octobre 2014.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE  
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2015* (n° 2252)

TOME III

MÉDICO-SOCIAL

PAR MME MARTINE PINVILLE,

Députée.

---

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 et 2, 5, 7 à 9, 11 à 28, 65 et 66** figurent dans le rapport de M. Gérard Bapt, sur les recettes et l'équilibre général (n° 2303, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **3 et 4, 6, 10, 29 à 55** figurent dans le rapport de M. Olivier Véran, sur l'assurance maladie (n° 2303, tome II).

Les débats en commission **après l'article 53** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur le secteur médico-social (n° 2303, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **56 et 57, 63 et 64** figurent dans le rapport de M. Michel Issindou, sur l'assurance vieillesse (n° 2303, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **58 à 60** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (n° 2303, tome V).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **61 et 62** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 2303, tome VI).

Le tableau comparatif figure dans le fascicule n° 2303, tome VII.

## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>I. LE VOLET MÉDICO-SOCIAL DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT POUR 2015 EST AMBITIEUX</b> .....	7
<b>A. L'ACCROISSEMENT DES RESSOURCES DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)</b> .....	7
1. Présentation de la CNSA.....	7
2. L'exécution budgétaire de l'année 2013 .....	9
a. Des recettes légèrement inférieures aux prévisions .....	9
b. L'analyse des dépenses laisse apparaître une diminution de la sous-consommation des crédits alloués aux établissements et services .....	9
3. L'exécution de l'année en cours .....	11
a. Les recettes.....	11
b. Les dépenses.....	12
4. Le budget pour 2015 .....	12
a. L'évolution des ressources .....	12
b. Les mesures nouvelles pour 2015.....	13
5. Les réserves de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....	14
<b>B. L'ACCROISSEMENT DES MOYENS D'ACCOMPAGNEMENT DE LA MONTÉE EN ÂGE</b> .....	14
1. Les places d'accueil des personnes âgées .....	14
a. Les places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).....	14
b. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) .....	16
2. Les mesures d'accompagnement des maladies neurodégénératives .....	17
<b>C. LA POURSUITE DE L'EFFORT EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES</b> .....	19
1. Les créations de places se poursuivent.....	19
2. Les maisons départementales des personnes handicapées .....	21
3. Le plan autisme 2013-2017 .....	22

<b>II. LE MÉDICO-SOCIAL ENTRE ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT ET LOI DE SANTÉ</b> .....	25
<b>A. MIEUX ACCOMPAGNER L'AVANCÉE EN ÂGE</b> .....	25
1. L'allocation des ressources CASA.....	25
2. L'amélioration de la gouvernance.....	26
3. Des mesures complémentaires illustrant une approche transversale de l'avancée en âge .....	28
<b>B. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS DANS LE CADRE DE LA LOI DE SANTÉ</b> .....	29
1. Fluidifier l'accès aux données du dossier médical personnalisé.....	29
2. Allonger la durée de validité de certaines décisions d'ouverture de droits.....	30
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	31
<b>EXAMEN DE L'ARTICLE ADDITIONNEL RELATIF AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL</b> .....	31
<i>Après l'article 53</i> .....	31
<b>ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES</b> .....	35

## INTRODUCTION

Depuis 2012, le secteur médico-social fait l'objet d'une volonté politique affirmée et, malgré un contexte économique et budgétaire contraint, les années 2014 et 2015 auront bel et bien vu la concrétisation d'engagements majeurs en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'année dernière, lors de l'examen de la loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2014, votre rapporteure avait rappelé les travaux en cours pour la préparation d'une loi d'adaptation de la société au vieillissement, attendue par les personnes âgées et leurs familles et qui serait financée par les ressources nouvelles issues de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), instituée en 2012.

Adopté en Conseil des ministres le 3 juin 2014, le projet de loi a été enrichi à l'Assemblée nationale, adopté en première lecture en commission le 16 juillet, puis le 17 septembre en séance publique <sup>(1)</sup>. Il est actuellement en cours d'examen au Sénat. Ce rapport revient sur les principales avancées qu'il contient et qui sont directement liées au présent projet de loi de financement, qu'elles concernent, par exemple, la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou encore l'amélioration de la gouvernance des politiques d'accompagnement de l'avancée en âge. Le projet de loi Vieillesse et le PLFSS pour 2015 forment ainsi un ensemble cohérent.

Dans le champ du handicap, le Gouvernement a tiré les conclusions de l'échec partiel de la société française à mettre en œuvre dans les temps les objectifs d'accessibilité universelle prévus par la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 <sup>(2)</sup>. À sa demande, il a été habilité à prendre par voie d'ordonnance des mesures permettant enfin d'avancer dans la mise en accessibilité de la société française. Ce dispositif, fondé sur la mise en œuvre d'agendas d'accessibilité programmés (dits « Ad'AP »), assortis d'une planification précise de mise en accessibilité et d'un système de sanctions financières, devrait susciter des progrès rapides et concrets dans ce domaine.

---

(1) Rapport n° 2155 de Madame Martine Pinville, déposé le 17 juillet 2014.

(2) Le Parlement a ainsi adopté la loi n° 2014-789 du 10 juillet 2014 habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées.

Les crédits du médico-social inscrits dans ce PLFSS prévoient la pleine affectation de la CASA au financement des mesures du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Ce texte poursuit résolument l'effort en faveur des personnes handicapées, et ce, malgré un contexte budgétaire difficile. Autant d'avancées qui concrétisent les engagements précis de la majorité et du Gouvernement, qui placent le secteur médico-social parmi les toutes premières priorités. Nul doute que cette volonté trouvera de nouvelles traductions dans le cadre de la loi santé dont l'examen doit débiter au début de l'année 2015.

## **I. LE VOLET MÉDICO-SOCIAL DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT POUR 2015 EST AMBITIEUX**

Le PLFSS pour 2015 apporte des réponses fortes aux besoins des personnes âgées et handicapées. Le produit de la CASA permettra de renforcer les moyens dévolus au maintien des personnes âgées à domicile ainsi qu'à la prévention de la perte d'autonomie. L'effort est maintenu pour l'ensemble du secteur du handicap et le déroulement exemplaire du troisième plan Autisme représente une réussite dont chacun se réjouit.

### **A. L'ACCROISSEMENT DES RESSOURCES DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)**

#### **1. Présentation de la CNSA**

Créée par la loi du 30 juin 2004, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est chargée d'affecter les dépenses médico-sociales de la sécurité sociale. Elle couvre à la fois les dépenses d'accompagnement des personnes handicapées et celles dévolues à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, que ce soit à domicile ou en établissements.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini les missions de la caisse. Elle assure :

- la répartition équitable sur le territoire national du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ;

- celle des concours financiers au titre de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH), ainsi que de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) allouée aux familles monoparentales.

Outre l'investissement, elle veille en particulier au financement d'actions de modernisation des établissements, de formation des personnels et de professionnalisation du secteur.

Elle assure également un rôle d'expertise sur les questions liées à l'évaluation et à la prise en charge de la perte d'autonomie et anime avec les conseils généraux, qui en ont la responsabilité, le réseau des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, en cours d'examen au Parlement renforce encore son rôle. Il fait de la CNSA un véritable coordinateur et un pilote de la politique d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. En particulier, elle sera chargée de recueillir et de

synthétiser les informations relatives à l'offre d'hébergement et doit acquérir une compétence dans le financement de la politique de prévention de la perte d'autonomie.

Elle gère un budget considérable, prévu à 21,7 milliards d'euros pour 2014. Son plafond d'emplois a été fixé à 113 équivalents temps plein (ETP) en 2013 et s'établira à 119,20 ETP au 31 décembre 2014.

Ses ressources propres sont fixées par la loi et composées :

– d'une fraction de CSG, de 0,1 point ;

– de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) ;

– depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013, de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), qui offre un rendement relativement dynamique d'environ 645 millions d'euros de recettes en année pleine (2014). Elle est prélevée sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite perçues par les personnes imposables au titre de l'impôt sur le revenu.

L'affectation de la CASA a été l'objet de débats. Son produit est affecté à une section provisoire du budget de la CNSA, la section *V bis*, à partir de laquelle la caisse ventile les ressources sur les missions que le législateur lui a dévolues en les inscrivant dans les autres sections de son budget.

Avec la création de la CASA, la caisse s'est trouvée face à un afflux de ressources destinées au financement d'un périmètre d'actions non encore élargi par le législateur. Dans l'attente, une fraction de sa ressource CSG (0,036 point) équivalent à la CASA a été réallouée en LFSS pour 2014 afin de mobiliser utilement ce surcroît de ressources en faveur des personnes âgées, en l'occurrence au Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

À la suite des propositions de votre commission et dans l'attente de l'adoption définitive des mesures d'adaptation de la société au vieillissement, une partie de ces crédits, de l'ordre de 100 millions d'euros, a néanmoins été maintenue dans le budget de la CNSA afin de financer des mesures d'investissement dans le budget médico-social.

Le projet de loi prévoit un retour à la normale, avec la pleine affectation des ressources CASA et de la fraction de CSG à la caisse, dans la perspective d'un élargissement des missions de la CNSA par le législateur au cours des prochains mois.

## 2. L'exécution budgétaire de l'année 2013

### *a. Des recettes légèrement inférieures aux prévisions*

En 2013, les produits nets de la CNSA se sont élevés à 21,1 milliards d'euros. Ces ressources rassemblent le sous-ONDAM médico-social et des produits issus de prélèvement sociaux, un ensemble auquel il faut retrancher des atténuations de recettes.

- La contribution des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM médico-social a été d'environ 17,5 milliards d'euros.

Complétée par une fraction de la CSA, elle alimente la section I du budget de la CNSA, c'est-à-dire le financement des ESMS.

- Les produits fiscaux et sociaux se sont élevés à 3,67 milliards d'euros, avec un solde inférieur de près de 5 millions d'euros aux prévisions. Ils se sont décomposés comme suit :

- la CSA : 2,4 milliards d'euros (+ 0,8 %) ;

- la CASA pour 478,5 millions d'euros ;

- 0,064 point de CSG, soit 775,6 millions d'euros (l'ensemble CASA et CSG s'est accru de 5,4 %).

Les recettes en provenance de l'ACOSS (3,23 milliards d'euros), liées aux revenus d'activité et aux revenus de remplacement, se sont trouvées légèrement supérieures aux prévisions (+ 10,9 millions d'euros).

Les ressources issues du Trésor, portant sur les revenus des placements, du patrimoine et des jeux, ont été inférieures aux prévisions et se sont élevées à 435,7 millions d'euros (– 15,8 millions d'euros par rapport).

L'atténuation de recettes de l'ACOSS (notamment au titre de provisions pour dépréciation des cotisations) s'est traduite en 2013 par une perte de recettes « nettes » relativement limitée pour la CNSA de près de 4 millions d'euros, en diminution de 40 % par rapport à 2012.

En complément, les recettes tirées des produits financiers se sont élevées à 1,6 million d'euros.

### *b. L'analyse des dépenses laisse apparaître une diminution de la sous-consommation des crédits alloués aux établissements et services*

Si en 2012, la sous-consommation des crédits alloués aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) s'était élevée à 172,6 millions d'euros, l'année 2013 a vu une nette amélioration du niveau d'exécution, avec une

sous-consommation ramenée à près de 100 millions d'euros par rapport à l'objectif global de dépense (OGD).

### **L'objectif global de dépense**

L'OGD est le cadre déterminant le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale. Il est fixé chaque année par arrêté ministériel et est déterminé en additionnant deux facteurs que sont :

- une contribution de l'assurance maladie figurant au sein de l'ONDAM, dite « sous-ONDAM médico-social », qui peut varier à la marge en cours d'exercice par fongibilité ;
- une part (52 %) de la CSA, qui est affectée aux ESMS.

C'est de cette base que découle le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs. Il est ensuite ventilé en dotations régionales et départementales limitatives par la CNSA.

Dans le détail, l'OGD dévolu aux personnes âgées a été exécuté à hauteur de 9,1 milliards d'euros, la sous-consommation étant de 156 millions d'euros (soit 2,16 % de l'OGD), contre 189 millions d'euros l'année précédente. S'agissant des personnes handicapées, l'OGD a été exécuté à un volume de 9 milliards d'euros, avec une surconsommation de crédits de 55 millions d'euros (soit 0,6 % de l'OGD), contre 16,3 millions d'euros en 2012.

L'OGD global pour 2013 a ainsi été exécuté à hauteur de 18,7 milliards d'euros, en hausse de 4 % par rapport à 2012. Un taux de croissance des dépenses comparable avait également été constaté à l'issue de l'exercice 2012, illustrant tant le dynamisme des besoins que les efforts des pouvoirs publics pour y répondre.

Autre bloc de dépenses, les concours APA (section II du budget de la CNSA) et PCH (section III) ont connu une nette progression. Ils ont ainsi progressé de 4,4 % pour l'APA, s'établissant à 1,7 milliard d'euros. Dans le même temps, la progression du concours au financement de la PCH a été moins dynamique mais néanmoins significative, de 0,7 %, pour s'établir à 458,6 millions d'euros. Au-delà de ces volumes se pose la question récurrente du taux de couverture de ces prestations, c'est-à-dire de la part qu'assume la solidarité nationale, via la CNSA, dans leur financement et de celle restant à la charge des départements.

De ce point de vue, le bilan est contrasté. Il est très positif en ce qui concerne l'APA qui mobilise les volumes les plus conséquents : le taux de couverture est ainsi passé de 30,8 % à 31,9 % en 2013. En revanche, une légère baisse est constatée s'agissant de la PCH pour laquelle le taux passe de 39 à 36 %, il est vrai dans un contexte de forte croissance de la demande, en hausse de 9 %.

En complément, la CNSA apporte un concours au financement des MDPH. Cette somme n'a pas été revalorisée et se maintient à 60 millions d'euros (retracée en section III).

Au total, l'exécution budgétaire de la CNSA est déficitaire à hauteur de 11,3 millions d'euros seulement. Le solde budgétaire a été amélioré de 199 millions d'euros par rapport au 3<sup>e</sup> budget modificatif 2013 présenté le 19 novembre 2013, et qui prévoyait un déficit de 210,4 millions d'euros. Cet écart s'explique pour moitié par la sous-consommation de l'OGD, pour un quart par le gel des crédits sur le PAI ainsi que par diverses situations de sous-consommation, notamment au sein de la section IV (dépense de professionnalisation, fonds d'urgence, etc.) pour 35 millions d'euros.

Ce « déficit » de 11,3 millions d'euros a été financé sans difficulté en puisant dans les réserves de la CNSA, dont le niveau s'est établi à 437,5 millions d'euros en fin d'exercice, en forte remontée par rapport au dernier budget modificatif de 2013 (prévu à 238 millions d'euros).

### **3. L'exécution de l'année en cours**

#### ***a. Les recettes***

Le budget primitif pour 2014 de la CNSA reposait sur une prévision de croissance des charges de 1,7 % par rapport au dernier budget prévisionnel pour 2013. La CNSA doit notamment intégrer un prélèvement sur ses réserves à l'OGD médico-social de 70 millions d'euros.

Le budget rectificatif du 15 avril 2014 a prévu le financement d'un plan d'aide à l'investissement supplémentaire de 70 millions d'euros et la mobilisation de 7,35 millions d'euros au titre du financement des emplois d'avenir.

Le deuxième budget rectificatif, le 8 juillet 2014, n'a pas modifié significativement les équilibres. Le troisième, prévu le 18 novembre 2014 doit, en revanche, intégrer des évolutions de recettes et des annulations de crédits de l'ONDAM médico-social de 142 millions d'euros, dont 99 millions d'euros pour permettre à l'assurance maladie de faire face aux coûts liés à l'introduction des nouveaux traitements de lutte contre l'hépatite C. Au final, le déficit prévisionnel 2014 sera porté de 67,9 millions d'euros au budget initial à 160,9 millions d'euros, essentiellement du fait des annulations de crédits de l'ONDAM. Ces dernières sont, *in fine*, financées par les réserves de la CNSA, qui devraient s'élever à la fin de l'année à 276,6 millions d'euros.

Les recettes de la CNSA ont été réactualisées à la baisse compte tenu de la faible croissance de l'économie et de la masse salariale et ce malgré le dynamisme de la CASA. Au total, ce sont près de 41,6 millions d'euros de recettes qui ne seront pas au rendez-vous (dont 31 millions d'euros de non-réalisation pour la CSA).

### ***b. Les dépenses***

Le PLFSS pour 2014 a fixé un ONDAM médico-social à 17,6 milliards d'euros, en hausse de 2,4 %. L'OGD correspondant au financement des dépenses de financement des ESMS a été fixé par l'arrêté du 17 avril 2014 à 18 milliards d'euros. Il se décompose en 9,3 milliards d'euros pour l'OGD personnes handicapées, dont presque 9 milliards d'euros issus de l'ONDAM et 9,5 milliards d'euros pour les personnes âgées, dont 8,5 de l'Assurance maladie.

Le volume du PAI 2014 a été élevé à 127 millions d'euros, dont 91 alloués au secteur des personnes âgées et 36 aux personnes handicapées. Pour le financer, 57 millions d'euros ont été prélevés sur la section V *bis* (abondée par la CASA) et 70 millions d'euros puisés sur la réserve (*cf. supra*).

La CASA a également financé une participation de 3 millions d'euros au fonds de compensation du handicap, une aide à l'investissement en logements-foyers de 10 millions d'euros et a alimenté un fonds d'aide et de restructuration des services d'aide à domicile pour 30 millions d'euros.

En outre, une deuxième tranche du fonds d'aide et de restructuration des services à domicile, de 50 millions d'euros, a été déléguée aux ARS.

## **4. Le budget pour 2015**

### ***a. L'évolution des ressources***

Pour l'année 2015, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

#### **OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSE DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2015**

	<i>(en milliards d'euros)</i>
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	83,0
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	20,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,6
<b>Total</b>	<b>182,3</b>

Source : PLFSS.

L'addition des quatrième et cinquième catégories de dépenses donne le sous-ONDAM médico-social, qui atteint 17,9 milliards d'euros, soit une progression de 2,2 %.

Outre cet apport, le volume des recettes fiscales de la CNSA devrait croître assez sensiblement. L'annexe 4 du projet de loi de financement rappelle que l'agrégat CSG-CRDS-CSA abondera le budget de la CNSA à hauteur de 4,2 milliards d'euros, contre 3,8 milliards d'euros en 2014 (+ 400 millions d'euros). Cette forte croissance s'explique essentiellement par le rétablissement du taux de 0,1 point de CSG affecté à la CNSA qui compense largement la moindre recette de CSA, dont le produit est attendu à 1,9 milliard d'euros, en baisse de près de 200 millions d'euros (soit 9,3 %), du fait des mauvaises prévisions de croissance et de l'évolution de la masse salariale. S'y ajoute la ressource de la CASA, dynamique et attendue à 683 millions d'euros (+ 4,7 %). Elle est intégralement affectée à la CNSA.

### ***b. Les mesures nouvelles pour 2015***

Le calendrier d'examen du budget 2015 par la CNSA ne permet pas à la rapporteure de disposer des données précises sur l'engagement de l'ensemble des dépenses prévues en 2015. Néanmoins, un certain nombre d'avancées sont acquises.

Il est acquis que 19,2 milliards d'euros seront consacrés aux ESMS, soit une augmentation des dépenses de 476 millions d'euros (+ 2,5 % à isopérimètre). Cet OGD se décomposera de la façon suivante : 17,9 milliards d'euros issus de l'ONDAM médico-social ; 1,2 milliard d'euros d'une fraction du produit de la CSA (52 %) ainsi qu'un prélèvement de 110 millions d'euros sur les réserves de la CNSA.

L'enveloppe de mesures nouvelles permettra de revaloriser de 0,8 % les moyens dévolus au financement des places et des services existants. 145 millions d'euros seront consacrés au soutien des créations de places dans les établissements et services pour personnes handicapées. 100 millions d'euros le seront en faveur de la médicalisation des EHPAD et 47,4 millions d'euros au titre des plans Solidarité grand âge et Alzheimer ainsi que pour la mise en place du plan Maladies neuro-dégénératives.

En complément, le ministre a annoncé en commission la mobilisation de 20 millions d'euros en soutien aux expérimentations dites « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) qui visent à favoriser la prise en charge pluridisciplinaire des personnes âgées en situation de fragilité ou bien atteintes d'une maladie chronique. Une somme comparable, de 21,4 millions d'euros sera allouée à la poursuite du plan Autisme 2013-2017, dont la mise en œuvre est particulièrement prometteuse.

Surtout, l'année 2015 verra la mise en œuvre des mesures prévues par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Ces progrès, décrits en deuxième partie de ce rapport, consacrent d'importantes ressources, d'un montant équivalent au produit annuel de la CASA, à la revalorisation de l'APA à domicile,

à la prévention de l'avancée en âge, mais également à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile ou encore à l'accompagnement des aidants.

Comme le relève le dossier de presse relatif au projet de loi, les dépenses liées à la réforme seront limitées en 2015 du fait du calendrier d'adoption du texte. Une partie des ressources non-consommées de la CASA sera consacrée au financement du plan pluriannuel d'aide à l'investissement : le principe de l'affectation à son financement par voie législative de deux points de CSA n'est plus reconduit.

## 5. Les réserves de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

La CNSA disposera de réserves encore importantes l'année prochaine. Celles-ci sont néanmoins en diminution, du fait de ponctions régulières. Le tableau ci-après rappelle l'évolution de leur affectation depuis 2006 :

(en millions d'euros)

(M€)	Report à nouveau	Résultat de l'exercice avant réaffectation	Affectation PAI	Affectation à l'OGD	Autres affectations	Total montants réaffectés	Résultat de l'exercice après réaffectation	Résultat net cumulé
BE 2006	532	660	500	19	13	532	129	661
BE 2007	661	529	185	48		233	296	957
BE 2008	957	556	300	200		500	56	1 013
BE 2009	1 013	253	465	262		727	-474	539
BE 2010	539	-10	151	56	75	282	-292	247
BE 2011	247	372		149		149	223	470
BE 2012	470	276	120	8	170	298	-22	449
BE 2013	449	184	140		55	195	-11	437
2ème BM 2014	437	1	71	70	7	148	-147	290
<b>Total</b>		<b>3 354</b>	<b>1 931</b>	<b>812</b>	<b>320</b>	<b>3 064</b>		

Source : CNSA / DF

Selon les premières estimations de la CNSA, le budget 2014 serait sous-exécuté de 80 millions d'euros environ à la fin de l'exercice. Les réserves de la caisse seraient ainsi portées à 369 millions d'euros à la fin de l'année 2014 (au lieu des 290 millions d'euros indiqués dans le tableau), soit une baisse de « seulement » 15,5 % par rapport à l'année 2013. Toutefois, la réduction de la sous-consommation des crédits médico-sociaux limite de plus en plus la reconstitution des réserves.

## B. L'ACCROISSEMENT DES MOYENS D'ACCOMPAGNEMENT DE LA MONTÉE EN ÂGE

### 1. Les places d'accueil des personnes âgées

#### *a. Les places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*

L'accroissement de l'espérance de vie des Français accentue la demande de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Bien que les personnes âgées privilégient le maintien à domicile,

l'avancée en âge conduit statistiquement un nombre croissant de personnes en perte d'autonomie à y séjourner. La demande est forte et l'offre est croissante, tant sur le plan quantitatif (nombre de places offertes) que qualitatif (rénovation et médicalisation des établissements).

● Le tableau ci-après décrit l'évolution du nombre d'établissements et de places offertes sur la période 2003-2011.

**ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES ET DE PLACES OFFERTES ENTRE 2007 ET 2011**

	2003			2007			2011			Évolution de 2007 à 2011	
	Nombre de structures	Places installées	%	Nombre de structures	Places installées	%	Nombre de structures	Places installées	%	Places	%
<b>Maisons de retraites publiques</b>	2 751	220 268	43	3 471	283 170	49	3 800	312 570	49	79 981	10
<b>Maisons de retraites privées à but non lucratif</b>	2 068	126 701	32	1 952	136 090	29	2 271	162 160	29	26 651	19
<b>Maisons de retraites privées à but lucratif</b>	1 620	87 738	25	1 432	95 380	22	1 681	118 240	22	15 236	24
<b>Total</b>	<b>6 439</b>	<b>434 707</b>	<b>100</b>	<b>6 855</b>	<b>514 640</b>	<b>100</b>	<b>7 752</b>	<b>592 970</b>	<b>100</b>	<b>121 868</b>	<b>15</b>

Tableau fondé sur les données issues des enquêtes EHPA 2003, 2007 et 2011 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES). Pour 2011, Études et résultats n° 877 - février 2014.

Sources : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour les données 2008 ; DGCS, enquête activité des SSIAD pour les données 2010 et 2012.

Ce tableau montre le dynamisme du secteur, avec près de 15 % de places ouvertes en plus, en particulier du fait des ressources mobilisées dans le cadre du plan de Solidarité grand âge<sup>(1)</sup>. Les trois types de structures décrites dans le tableau représentent désormais 82 % des places de l'offre d'hébergement pour personnes âgées à la fin 2011, contre 75 % à la fin de 2007. Ce tableau illustre également les investissements conséquents consentis par le secteur privé à but lucratif qui, avec un nombre quasi stable d'établissements, offre désormais 24 % de places supplémentaires.

● Sur le plan qualitatif, la médicalisation des établissements se poursuit et porte ses fruits. Ce processus vise à accroître l'offre sanitaire des EHPAD en améliorant l'encadrement médical des personnes âgées et en augmentant les postes de personnel médical (aides-soignants, infirmiers).

Aux termes de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles, ce processus s'articule autour de conventions tripartites liant un

(1) Rapport n° 1470 de Mme Martine Pinville sur PLFSS pour 2014, tome III relatif aux crédits du médico-social, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2013.

établissement, le président du conseil général et le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) de ressort. Ces conventions déterminent la participation financière de l'État et des départements ainsi que les objectifs que l'établissement s'engage à atteindre. Elles permettent la mise en œuvre du processus dit de « médicalisation de deuxième génération » qui, lancé en 2007, repose sur l'idée que le forfait de soins doit être fondé sur une évaluation des besoins en soins des résidents, selon les systèmes dits « GMPS » (groupe iso-ressources moyen pondéré du modèle AGGIR) et « PMP » (PATHOS <sup>(1)</sup> moyen pondéré).

Bien entendu, la montée en gamme des établissements se traduit fréquemment par une augmentation du forfait soins et, en moyenne, le coût de la place augmente de 30 %, justifiant d'autant les mesures d'accompagnement mises en œuvre par les pouvoirs publics.

De 2004 à 2013, près de 2,3 milliards d'euros ont été consacrés à la médicalisation, ce que rappelle le tableau ci-après.

**RESSOURCES CONSACRÉES À LA MÉDICALISATION DES ÉTABLISSEMENTS  
ENTRE 2004 ET 2014**

*(en millions d'euros)*

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
245	219	244	266	251	284,4	165	159	146,8	161,8	147,1	2128

*Source : Réponses au questionnaire budgétaire de la rapporteure.*

Au 31 décembre 2013, 84 % des EHPAD étaient tarifés sur le fondement du « GMPS », contre 69 % en 2012. Ces établissements représentaient 87 % des places disponibles.

***b. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)***

Les services de soins infirmiers à domicile permettent quant à eux le maintien au domicile des personnes en perte d'autonomie.

Comme pour les établissements, le nombre de places offertes, c'est-à-dire de personnes prises en charge, a connu une progression importante, à l'image de l'évolution de la demande dans le secteur médico-social. C'est ainsi que, depuis 2008, les capacités des SSIAD sont passées de 106 057 à 123 000 personnes accompagnées en 2013, soit une augmentation de près de 16 % qu'illustre le tableau ci-après.

---

*(1) PATHOS est un outil d'évaluation du niveau de soin.*

**ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES OFFERTES PAR LES SSIAD  
ENTRE 2008 ET 2012**

	2008		2010		2012	
	Places installées	%	Places installées	%	Places installées	%
<b>SSIAD publics</b>	33 369	31,46 %	38 019	32,37 %	39 368	32, %
<b>SSIAD privés non lucratifs</b>	71 689	67,60 %	77 581	66 %	81 697	66, %
<b>SSIAD privés lucratifs</b>	999	0,94 %	1 830	1,56 %	1 935	1,57 %
<b>Total</b>	106 057	100 %	117 430	100 %	123 000	100 %

*Source : Réponse au questionnaire budgétaire de la rapporteure fondée sur les travaux de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour les données 2008 et de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), enquête activité des SSIAD pour les données 2010 et 2012.*

La répartition de l'offre entre les SSIAD publics (plus de 36 % en 2012), privés non lucratifs (près de 62 %) et privés lucratifs (à peine plus de 1,6 %) est relativement stable depuis 2008.

Le secteur devrait poursuivre sa croissance au cours des prochaines années, ce qui accentuera la nécessité d'articuler l'activité de ces services avec le reste de l'offre médico-sociale. La mise en place de structures de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) expérimentaux devrait contribuer au décloisonnement du secteur, d'autant que le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit de les rendre éligibles aux financements destinés à la prévention de la perte d'autonomie. La secrétaire d'État à la famille, aux personnes âgées et à l'autonomie a, le 27 septembre dernier, rappelé son attachement à l'objectif de transformer, dans les cinq ans, l'ensemble des SSIAD en SPASAD, ce qui poursuivra la transformation du secteur.

## **2. Les mesures d'accompagnement des maladies neurodégénératives**

Lancé le 1<sup>er</sup> février 2008, le plan Alzheimer 2008-2012 avait pour objet de soutenir l'effort de recherche, de favoriser la détection précoce de la maladie et de mieux accompagner les malades.

Il a permis de renforcer l'offre adaptée aux malades d'Alzheimer et s'est notamment traduit par la mise en place des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), chargées d'orienter, d'accueillir et d'offrir à toute personne âgée en perte d'autonomie la bonne prestation, rendue par le bon acteur, en intégrant son action avec celles des dispositifs existants (guichets d'accueil, de conseil et d'orientation « CLIC », réseau de santé, hôpital...).

Compte tenu de leur succès, la généralisation des MAIA se poursuit et, fin 2014, non moins de 252 MAIA devraient être en place. Elles sont désormais ouvertes non seulement aux malades d'Alzheimer mais également à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie. Dans ce contexte, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement rebaptise les MAIA en Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de

l'autonomie afin de souligner qu'il s'agit non pas de « maisons » au sens physique, mais bien d'une façon de se coordonner au niveau local, destinée à toutes les personnes en perte d'autonomie.

### **Les mesures innovantes portées par le plan Alzheimer**

Le plan Alzheimer 2008-2012 a permis de renforcer l'existant, tout en développant des dispositifs innovants tels que :

- les plateformes d'accompagnement et de répit, qui offrent une palette de services diversifiée aux couples aidant/aidé. Fin décembre 2013, on comptabilisait 106 plateformes installées sur les 150 budgétées, soit 70 % de l'objectif ;
- la formation des aidants, pour mieux comprendre la maladie et faire face à ses évolutions ;
- la mise en place des équipes spécialisées Alzheimer à domicile, qui permettent une prise en charge spécifique à domicile. Rattachées à des SSIAD, ces équipes sont composées d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute et d'assistants de soins en gérontologie. L'objectif était de disposer de 500 équipes sur le territoire. Fin décembre 2013, 424 équipes spécialisées Alzheimer étaient autorisées dont 415 opérationnelles ;
- les pôles d'activités et de soins adaptés (PSA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR) qui permettent une prise en charge adaptée en EHPAD des malades d'Alzheimer souffrant de troubles psycho-comportementaux modérés et sévères. Fin 2013, 12 432 places de PASA et 1 135 places d'UHR étaient installées et le taux de réalisation de l'objectif était respectivement de 51 % et 68 %.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit que soit défini un plan centré sur l'ensemble des maladies neuro-dégénératives (d'Alzheimer et apparentées, de Parkinson et apparentées, de la sclérose en plaques et plus ponctuellement de la sclérose latérale amyotrophique et d'Huntington).

Les travaux d'élaboration du plan ont été lancés en septembre 2013. Ils ont fait suite à la remise, le 26 juin 2013 du rapport d'évaluation du troisième plan Alzheimer, réalisé par les professeurs Joël Ankri et Christine van Broeckhoven.

Quatre groupes de travail thématiques composés d'experts du champ médical et médico-social et de chercheurs se sont réunis en 2014 afin d'identifier les mesures et actions du futur plan. Les axes de travail étaient les suivants :

- améliorer le diagnostic, la prise en charge précoce des affections, l'entrée dans la maladie ;
- répondre aux besoins des personnes à chaque étape de la maladie et sur tous les territoires ;
- adapter la société et accompagner l'évolution des pratiques dans une démarche respectueuse d'éthique, de qualité et de bienveillance ;
- développer et structurer la recherche.

Votre rapporteure salue pleinement la conduite de ces travaux dont l'aboutissement doit précisément illustrer la capacité de notre société à s'adapter à l'avancée en âge. Elle en suivra particulièrement l'avancement au cours de l'année 2015.

## **C. LA POURSUITE DE L'EFFORT EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES**

### **1. Les créations de places se poursuivent**

La CNSA mobilise près de la moitié de son budget chaque année au titre des politiques d'accompagnement des personnes handicapées. La surconsommation récurrente de ces crédits rappelle l'importance des besoins auxquels elle répond.

Les structures d'accueil adaptées sont multiples. Elles proposent des solutions d'hébergement permanent, d'accueil temporaire, mais également d'accompagnement à domicile. Comme pour les solutions offertes aux personnes âgées, on parle de « places » proposées à ces personnes, d'où un risque de confusion dans l'interprétation de l'appariement entre l'offre et la demande. Si la France crée chaque année de nombreuses places en faveur des personnes handicapées, une partie d'entre elles seulement correspond à des places « physiques », en structures d'hébergement. Il faut bien avoir cette nuance à l'esprit pour comprendre la frustration de nombreuses familles en recherche de « places » d'hébergement permanent.

Afin de répondre à la demande importante de places d'accueil, le plan pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées (PPCPPH) a prévu la création de 41 450 places sur la période 2008-2012, dont 12 500 pour enfants. Ces ouvertures étaient complétées par 10 000 autres en établissements et services d'aide par le travail (ESAT)<sup>(1)</sup>. Compte tenu des difficultés de mise en œuvre, l'ouverture des places au titre du plan a été rééchelonnée jusqu'en 2016.

Le tableau ci-après offre une synthèse de nombre de places créées au titre du PPCPPH, toutes structures confondues, entre 2008 et 2013, au regard du nombre de places programmées, c'est-à-dire annoncées par les pouvoirs publics.

---

(1) L'installation de places en ESAT, financée par crédits de l'État, progresse de selon la planification : ainsi, au 31 décembre 2013, 6 090 places nouvelles avaient été effectivement installées.

**CRÉATIONS DE PLACES NOUVELLES ENTRE 2008 ET 2013 AU REGARD DE LA PROGRAMMATION 2008-2013**

	<b>Programmation de places nouvelles PH</b>	<b>Places prévues au programme</b>	<b>Places notifiées au titre de 2008-2016</b>	<b>Places autorisées au titre de 2008-2016</b>	<b>Places installées au titre de 2008-2013</b>
<b>Mesures enfance</b>	Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)	1 550	1 583	1 159	900
	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)	7 250	7 738	7 354	6 300
	Établissements pour polyhandicapés	700	503	452	326
	Établissements pour autistes	1 500	2 054	1 554	1 248
	Établissements déficients intellectuels	1 000	640	1 004	726
	Accueil temporaire	250	112	94	73
	Autres places hors programmes	–	384	523	477
	<b>Total enfance</b>	<b>12 250</b>	<b>13 014</b>	<b>12 140</b>	<b>10 050</b>
<b>Mesures adultes</b>	Maisons d'accueil spécialisé : MAS	13 000	4 794	4 271	3 035
	Foyers d'accueil médicalisés : FAM		9 334	6 212	4 216
	Médicalisation de structures	2 500	1 267	538	474
	Accueil temporaire	800	392	604	481
	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et SSIAD	12 900	10 603	5 617	5 048
	Exp/innov° ou autres	–	137	694	563
	<b>Total adultes</b>	<b>29 200</b>	<b>26 527</b>	<b>17 936</b>	<b>13 817</b>
<b>Total enfant - adultes</b>	<b>41 450</b>	<b>39 541</b>	<b>30 076</b>	<b>23 867</b>	

Source : Réponses au questionnaire budgétaire de la rapporteure.

Les notifications de places effectuées de 2008 à 2012 couvrent l'essentiel du programme pluriannuel de création de places, à l'exception de celles dédiées à des projets spécifiques handicaps rares, qui doivent faire l'objet d'une notification aux ARS au second semestre 2013.

Sur le plan quantitatif, le bilan du nombre de places ouvertes est contrasté s'agissant des adultes. Néanmoins, le taux global d'exécution (correspondant aux places installées sur les lignes ayant fait l'objet de crédits de paiement jusqu'en 2013 et non sur l'ensemble des mesures nouvelles 2013-2016) est bon. Il s'établit autour de 88 % sur 6 ans et le taux de consommation des enveloppes à 80 %. Pour 2015, les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) adoptés par les ARS anticipent l'ouverture de 4 900 places nouvelles pour personnes handicapées.

Ces créations de places, bien que d'un rythme hétérogène, sont évidemment positives. Cependant, elles sont encore loin de répondre à la forte demande, comme l'illustrent les cas mis en lumière par la presse de parents cherchant désespérément des solutions adaptées pour les handicaps rares

contraints d'inscrire un enfant ou un jeune adulte dans des institutions étrangères, notamment en Belgique, faute de solution de la France. Ce phénomène d'expatriation devient très important et s'inscrit désormais dans un cadre conventionnel et donc pérenne entre les deux pays permettant la prise en charge des intéressés.

De l'exception, cette situation semble donc désormais s'inscrire dans la durée. Elle s'explique par un sous-investissement ancien en France dans ces structures, mais aussi par le trop faible intérêt manifesté ici ou là par les autorités ou les investisseurs, ce secteur étant plus complexe à gérer que des EHPAD. Il faut aussi mentionner la charge réglementaire : les appels à projet en France sont complexes et formulés avec un haut niveau d'exigence sur les plans sanitaires et de l'organisation. L'approche belge est bien plus libérale, ce qui permet l'adaptation plus rapide de l'offre, mais rend également sa qualité plus hétérogène.

Il serait certainement présomptueux de proposer des solutions simples à une question aussi complexe. Mais, à tout le moins, il faut reconnaître que notre modèle est fragile et parfois à bout de souffle. Il est évident que l'État, les départements comme tous les acteurs du secteur (publics, privés associatifs à but lucratif ou non), doivent aborder la question de front :

- sur le plan de la méthode tout d'abord, nul ne disposant des outils permettant d'évaluer précisément la demande ;

- sur celui des moyens, avec une surconsommation récurrente de crédits qui illustre l'importance des besoins et la nécessité de trouver de nouvelles ressources ;

- sur le plan réglementaire, avec de possibles mesures de simplification ;

- et, enfin, sur un plan plus transversal, toutes les politiques publiques étant concernées (éducation, travail, etc.).

En tout état de cause nul ne peut se satisfaire que l'argent public subventionne la création de structures et d'emplois à l'étranger faute d'une organisation satisfaisante en France.

## **2. Les maisons départementales des personnes handicapées**

L'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles a permis d'instituer la MDPH, sous forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) réunissant le conseil général, l'État et les caisses de protection sociale.

Les membres du groupement participent au fonctionnement de la maison départementale en mettant à disposition des personnels, des locaux, du matériel, des outils informatiques et statistiques ainsi que des contributions financières.

Les données que chaque département transmet à la CNSA montrent qu'entre 2010 et 2011, le nombre de demandes adressées aux MDPH a de nouveau augmenté de 6,4 % contre 15,2 % entre 2009 et 2010. Après une certaine stabilité de l'activité des MDPH en 2012, les demandes ont légèrement crû en 2013 (57 demandes pour 1 000 habitants déposées en moyenne en 2013 contre 46 pour 1 000 en 2012 et 53 pour 1 000 en 2011).

Le délai moyen de traitement s'améliore pour les demandes formulées pour des adultes ; il est de 4,4 mois en 2013, comme en 2012, contre 4,8 mois en 2011. Le délai pour les demandes au profit d'enfants est quant à lui relativement stable (3,2 mois en 2013 et 3,1 mois en 2012 comme en 2011).

En 2013, l'État a versé 63,3 millions d'euros aux MDPH au titre de l'exercice 2013. Ces crédits sont destinés pour 27 millions d'euros au fonctionnement général des MDPH (soit 9,8 millions d'euros au titre du secteur travail et 17,2 millions d'euros au titre du secteur solidarité) et pour 36,3 millions d'euros à la compensation financière des postes non mis à disposition par l'État (soit 10,6 millions d'euros pour le secteur budgétaire du travail et 25,7 millions d'euros pour celui de la solidarité).

Les auditions conduites par votre rapporteure ont mis en lumière la situation très contrastée des MDPH, avec des délais de traitement très différents d'un territoire à l'autre. Surtout, l'autonomie de ces structures les a conduites à adopter des modes de gestion et des systèmes d'information très différents d'un GIP à l'autre. Or, il n'y aura pas de pilotage ambitieux de la politique du handicap sans une véritable définition de la demande agrégée au niveau national ni sans un effort de coordination de toutes les structures, entre elles et avec les autres acteurs du handicap. Un chantier devra donc être ouvert pour la rationalisation et la mise en cohérence des systèmes d'information de l'ensemble des MDPH ainsi des maisons de l'autonomie (MDA), là où elles existent. Comme c'est le cas s'agissant du secteur des personnes âgées, la CNSA est l'interlocuteur et l'acteur naturel pour porter ce projet.

### **3. Le plan autisme 2013-2017**

La visite du président de la République à Angoulême le 9 octobre dernier a mis en lumière les progrès de la France dans la prise en charge de l'autisme. Il a constaté le travail accompli au sein des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), qui permettent de dépister dès les premiers mois de l'enfant des troubles relevant du spectre autistique. Il s'est également rendu à l'école maternelle et primaire Pierre-Ronsard, pour constater l'utilité des unités d'enseignement en maternelle où les enfants autistes poursuivent une scolarité adaptée au sein des établissements généralistes.

Le Président a rappelé les grandes lignes du plan Autisme 2013-2017 qui mobilisera 205 millions d'euros sur quatre ans, prévoyant la création de

3 400 places nouvelles sur la période 2013-2017 dans les différents établissements accueillant des personnes handicapées.

**PLAN AUTISME 2013-2017**

<b>Structures</b>	<b>Nombre de places programmées sur la période 2014-2017</b>
<b>UE maternelles</b>	700 places
<b>SESSAD</b>	850 places
<b>MAS</b>	500 places
<b>FAM</b>	850 places
<b>SAMSAH</b>	150 places
<b>Accueil temporaire</b>	350 places
<b>Total</b>	3 400 places

*Source : Réponse aux documents budgétaires de la rapporteure*

Une partie de cette enveloppe permettra de créer des places par transformation de l'offre existante, lorsqu'elle est devenue inadaptée (59 millions d'euros de crédits dédiés sur les 195 millions d'euros consacrés au volet médico-social du plan).

Ce troisième plan, qui poursuit les efforts engagés au cours de deux précédentes programmations produit des résultats particulièrement satisfaisants, imputables à l'expérience des plans précédents, à la concertation avec les familles mais aussi, il faut le souligner, à la solidité du pilotage et du suivi interministériel. Il s'agit bien de traiter une situation de handicap, mais la réponse apportée est d'autant plus efficace que la conduite administrative décloisonnée du projet correspond aux projets de vie des individus.



## II. LE MÉDICO-SOCIAL ENTRE ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT ET LOI DE SANTÉ

### A. MIEUX ACCOMPAGNER L'AVANCÉE EN ÂGE

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement actuellement en cours d'examen au Parlement s'articule directement avec les PLFSS pour 2015 et 2016. Il contient des mesures de financement de prestations fondées sur les ressources nouvelles générées par la CASA, de l'ordre de 650 millions d'euros par an, ainsi que des mesures majeures touchant à la gouvernance.

#### 1. L'allocation des ressources CASA

Ces mesures étaient particulièrement attendues de longue date.

Le tableau ci-après résume les principales mesures financées par la CASA telles qu'envisagées par le projet de loi.

MESURES NOUVELLES FINANCÉES PAR LA CASA

Article du projet de loi	Disposition	Montant de CASA affecté (en millions d'euros = M€)	Section du budget de la CNSA	Modalités de versement
Articles 3 et 4	Améliorer l'accès aux aides techniques et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Développer les actions collectives de prévention	140 M€	Section V – sous-section personnes âgées	Concours (nouveau) aux départements
Article 4	Contribution au fonds de compensation du handicap	5 M€	Section V – sous-section personnes handicapées	
Article 8	Consolider les moyens de la CNSA pour élargir les aides aux actions de soutien et d'accompagnement des aidants	5 M€	Section IV	Selon les modalités actuelles d'utilisation de la section IV, notamment conventions avec les départements
Articles 8 et 39	Appui et formation pour l'accueil familial	1 M€	Section IV	Dans le cadre des conventions avec les départements
Article 11	Créer un forfait autonomie en logements-foyers permettant de développer les actions de prévention	40 M€	Section V – sous-section personnes âgées	Concours (nouveau) aux départements
Article 29	Revaloriser le plafond des plans d'aide APA	153 M€	Section II	Concours aux départements
Article 29	Alléger le reste à charge pour les plans d'aide APA les plus lourds	197 M€	Section II	Concours aux départements

Article du projet de loi	Disposition	Montant de CASA affecté (en millions d'euros = M€)	Section du budget de la CNSA	Modalités de versement
<b>Rapport annexé</b>	Améliorer les conditions de travail du secteur de l'aide à domicile	25 M€	Section II	Concours aux départements
<b>Article 36</b>	Créer un droit au répit pour les aidants et prise en charge des aidés dont l'aidant est hospitalisé	78 M€	Section II	Concours aux départements
<b>Total des financements CASA à l'issue de la montée en charge</b>		645 M€		

Source : Réponses au questionnaire budgétaire de la rapporteure.

Le différentiel entre le produit de la CASA et le coût des mesures liées à l'APA dégage des ressources pour le financement d'autres mesures pérennes ou temporaires. C'est le cas du PAI mentionné plus haut, de la professionnalisation des SSIAD, ou encore de l'instauration d'un véritable droit au répit pour les aidants.

Le projet de loi donne un nouveau souffle aux logements foyers rebaptisés « résidences autonomie ». Ces structures représentent une offre de l'ordre de 110 000 places installées, réparties dans 2 200 logements foyers qui accueillent très majoritairement des personnes âgées autonomes à l'admission, l'avancée en âge des résidents nécessitant souvent un accompagnement afin de maintenir leur autonomie. Ces établissements seront soutenus pour renforcer leur capacité à maintenir l'autonomie des personnes, dès l'apparition au domicile des premières fragilités, et de constituer une alternative aux maisons de retraite médicalisées. Un forfait autonomie de 40 millions d'euros est prévu à cet effet.

## 2. L'amélioration de la gouvernance

Le projet de loi contient également des mesures touchant à la gestion de ces crédits et, plus largement, à la question de la gouvernance de ces politiques. Il prévoit d'instaurer une conférence des financeurs de la perte d'autonomie, qui concerne directement les LFSS, mais également un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), de créer un statut unifié pour les maisons départementales de l'autonomie (MDA) et d'instituer un Haut Conseil de la famille et des âges de la vie.

- Une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie sera constituée dans chaque département. Présidé par le président du Conseil général et doté d'un vice-président représentant le délégué du directeur général de l'ARS, cet organe rassemblera les principaux acteurs intervenant dans le financement des actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie. Le champ est vaste ; il peut toucher aussi bien des mesures de sensibilisation sur les risques de chute que la fourniture d'équipements tels que les déambulateurs ou encore le réaménagement des logements. L'objectif est de

mieux coordonner les actions pour éviter les doublons, les rendre cohérentes et connues du public cible et pour favoriser son maintien au domicile.

Outre l'intérêt que ces acteurs se parlent, deux leviers sont de nature à favoriser la concrétisation de ces synergies. Une enveloppe de 140 millions d'euros sera distribuée, essentiellement *via* les départements en fonction de leur population de 60 ans et plus, à charge pour la conférence d'allouer ces crédits en faveur de la prévention, en complément des mesures déjà engagées par chacun des participants. La conférence devra, en outre, adopter un document de programmation des actions de prévention, recensant et articulant ce que conduit chacun des participants. Ajoutons, enfin, que l'attribution d'une vice-présidence aux ARS favorisera une meilleure articulation avec la planification médico-sociale et surtout sanitaire sur le plan régional.

- Les CDCA permettront la représentation des personnes âgées et handicapées ainsi que l'animation de l'ensemble des politiques de l'autonomie dans le département. Elle permettra de réunir les CODERPA et les CDCH en un organe unique de démocratie sanitaire et sociale.

Cette disposition, introduite par voie d'amendement en séance publique, fait suite aux préconisations de la rapporteure exposées devant votre commission au cours de l'examen de précédents PLFSS. Elle était attendue sur tous les bancs de l'Assemblée et son introduction dans le projet de loi a été saluée.

- Les MDA ne sont pas généralisées par le projet de loi, qui propose en revanche un cadre juridique stabilisé pour les départements souhaitant ou ayant décidé leur mise en place. Les MDA représentent certainement une structure d'avenir des politiques de l'autonomie : elles constituent un guichet unique permettant d'accueillir, de conseiller et d'orienter les personnes en perte d'autonomie, en raison du handicap comme de l'âge, leurs familles, ainsi que les professionnels. Ces structures permettent *grosso modo* d'élargir aux personnes âgées le concept des MDPH. Leur déploiement sur le territoire repose sur la base du volontariat des conseils généraux qui, de plus en plus fréquemment, choisissent de créer des MDA, des structures qui « absorbent » les MDPH.

Ces transformations se passent bien dès lors qu'elles font suite à un travail de dialogue et d'écoute, notamment des associations représentant les personnes handicapées. Celles-ci sont en effet parfois inquiètes de la disparition des MDPH, ces GIP, dont elles assurent la cogestion, fonctionnant généralement bien. Elles s'inquiètent, légitimement, de la question des moyens : ceux des MDPH sont déjà bien souvent insuffisants et la création de MDA doit entraîner l'allocation de ressources supplémentaires conséquentes et garanties dans la durée. À cet égard, l'enveloppe annuelle de 60 millions d'euros versée par la CNSA pour le fonctionnement des MDPH et régulièrement reconduite à ce niveau devra être revue : cette revalorisation pourrait fournir l'occasion d'inciter les départements à progresser davantage dans la création des MDA ainsi que dans la mise en cohérence des systèmes d'information.

• Il est également prévu d’instaurer un Haut Conseil de la famille et des âges de la vie. La version du projet de loi initialement déposée au Parlement prévoyait la création, auprès du Premier ministre d’un Haut Conseil de l’âge, censé éclairer l’action des pouvoirs publics sur toutes les questions liées à l’avancée en âge. Rassemblant les principaux acteurs dans ce domaine, ce Haut Conseil devrait offrir un cadre pour l’anticipation, la conception et l’animation des politiques de l’âge au niveau national, parachevant ainsi les progrès enregistrés sur le plan de la gouvernance locale.

À la suite d’une proposition de votre rapporteure, le Gouvernement a accepté, par voie d’amendement, de transformer ce Haut Conseil en un Haut Conseil de la famille et des âges de la vie, fusionnant le Haut conseil de l’âge avec celui de la famille. Cette évolution permettra de rapprocher les structures, pour un périmètre large et transversal. Elle permettra certainement une meilleure organisation et, surtout, favorisera la conduite de travaux en cohérence avec la nécessité d’accompagner les personnes, non pas selon des catégories d’âge ou de situation administrative mais bien selon leurs parcours de vie.

### **3. Des mesures complémentaires illustrant une approche transversale de l’avancée en âge**

L’adaptation de la société au vieillissement suppose une approche transversale des politiques publiques. Outre les mesures financières et de gouvernance, ce texte prévoit des mesures complémentaires touchant la vie quotidienne des personnes âgées. Il précise et accroît les droits et libertés des personnes âgées en établissement. Il favorise les formes d’accueil alternatives, telles que l’accueil familial qu’il modernise. Il développe en outre des politiques de l’habitat prenant mieux en compte l’avancée en âge et prévoit l’intégration systématique dans les programmes locaux de l’habitat comme dans les schémas gérontologiques d’un volet relatif à l’habitat des personnes âgées (adaptation des logements, développement d’une offre adaptée et diversifiée).

Enfin, à l’appui du rapport annexé, ces mesures seront complétées par :

– un plan national d’adaptation de 80 000 logements d’ici 2017 en vue de soutenir l’effort d’adaptation des logements privés. Pour atteindre cet objectif, le budget de l’Agence nationale de l’habitat (ANAH) bénéficiera d’un versement de la CNSA de 40 millions d’euros ;

– la mise en cohérence des outils d’urbanisme et le soutien à la dynamique des « Villes amies des aînés » ;

– une promotion de la mobilité des personnes âgées dans les politiques locales de transport *via* notamment les plans de déplacement urbain ;

– le développement de la cohabitation intergénérationnelle, qui permet de faire se rencontrer la solitude d'un âgé et le besoin en logement d'un étudiant.

Autant de mesures longtemps attendues et qui envoient un signal très positif à l'ensemble de la société.

## **B. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS DANS LE CADRE DE LA LOI DE SANTÉ**

Les avancées enregistrées en 2014 dans le secteur médico-social doivent se poursuivre. En particulier, l'examen attendu au début de l'année 2015 du projet de loi relatif à la santé devrait fournir l'occasion de compléter les progrès accomplis en matière de financement, de gouvernance et d'organisation de l'offre par une amélioration de l'accès aux droits des personnes âgées et handicapées et notamment dans le domaine sanitaire.

Ce concept d'accès aux droits est large, et porte naturellement sur la santé mais aussi sur la possibilité de faire valoir des droits liés à une situation sanitaire et sociale particulière. Outre l'indispensable application des dispositions relatives à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, et sans préempter les travaux parlementaires qui précéderont l'examen du projet de loi, votre rapporteure a relevé quelques axes de progrès de nature à alimenter la réflexion de la commission dans la perspective d'évolutions législatives voire réglementaires.

### **1. Fluidifier l'accès aux données du dossier médical personnalisé**

Les personnes relevant du secteur médico-social verraient leur situation améliorée si les conditions d'accès aux données du dossier médical personnalisé (DMP) étaient assouplies.

Ainsi, l'accompagnement des personnes handicapées souffre aujourd'hui d'une saturation des MDPH. Si, en période budgétaire contrainte, il est souvent difficile d'accroître les effectifs, des mesures de simplification pourraient être envisagées afin de faciliter le traitement de certaines questions. Parmi les pistes, votre rapporteure considère que les médecins-conseils des MDPH devraient avoir plus largement accès au DMP afin de connaître les éléments qu'il pourrait contenir sur l'état et la nature du handicap de l'assuré. Il s'agirait d'éviter à l'intéressé des démarches redondantes et, par-là, de simplifier le traitement des demandes. Les assurés sociaux verraient leurs démarches simplifiées et, *in fine*, bénéficieraient de délais de traitement de leurs demandes plus rapides.

De même, de nombreux témoignages attestent d'une difficulté à assurer un suivi fluide et cohérent des personnes âgées hébergées en EHPAD. Lorsque l'état de santé de personne hébergée nécessite l'intervention des services de permanence la nuit ou le week-end, on constate souvent un manque de circulation de l'information avec le médecin conventionné par l'EHPAD qui, lui, suit en semaine ces personnes. De même, lorsqu'une personne âgée dépendante entre en

établissement, il n'existe pas de canal d'information suffisamment fluide pour permettre l'échange et la transmission d'informations entre les professionnels qui suivent la personne (médecin généraliste, infirmières etc.) et l'équipe de l'établissement ou son médecin conventionné. Là encore, outre la nécessité d'encourager tout simplement les acteurs à se parler régulièrement au niveau des bassins de vie, il est nécessaire sur le plan légal et administratif de favoriser un enrichissement du DMP et une fluidification rationnelle de l'accès aux informations qu'il contient.

## **2. Allonger la durée de validité de certaines décisions d'ouverture de droits**

L'article R. 241-31 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les décisions de la Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées « *sont prises au nom de la MDPH. Leur durée de validité ne peut être inférieure à un an ni excéder cinq ans, sauf dispositions législatives ou réglementaires spécifiques contraires* ». Il existe donc des délais variables, fixés par voie réglementaire.

Dans les faits, l'AAH est attribuée pour une durée de deux ans renouvelable. Or, dans de nombreux cas, les droits sont renouvelés à l'identique et ce de façon systématique, par exemple dans le cas de personnes prises en charge en ESAT. Un assouplissement de la durée de validité des décisions d'ouverture de droits pourrait être ultimement étudié afin de simplifier les démarches des demandeurs, de s'adapter davantage à leurs projets de vie mais aussi d'alléger la charge administrative des MDPH.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### EXAMEN DE L'ARTICLE ADDITIONNEL RELATIF AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

*La commission a procédé à l'examen de l'article additionnel relatif au secteur médico-social au cours de sa deuxième séance du mercredi 15 octobre 2014.*

*Après l'article 53*

*La Commission examine l'amendement AS97 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.*

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Cet amendement propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation sur le déploiement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) mis en place depuis 2008.

Les CPOM ont été une première étape dans l'évolution des systèmes de tarification et ont permis de substituer la dotation globale de financement aux prix de journée en offrant une souplesse de gestion nouvelle, dans un cadre pluriannuel à cinq ans. Les gestionnaires de structures sociales et médico-sociales ont pu ainsi appréhender un exercice budgétaire sans la contrainte du maintien de la réalisation d'une activité qui, de plus en plus souvent, est fixée à un niveau très élevé par les autorités de tarification, sans tenir compte des parcours et des absences des personnes accueillies.

Jusqu'à présent, aucune évaluation qualitative et quantitative n'a été menée sur le déploiement de cet outil de gestion, qui a été fort bien utilisé au cours de ces trois dernières années. Les premiers contrats arrivent à échéance et de nombreux gestionnaires rencontrent des difficultés dans leur renouvellement. Il faut demander un état des lieux, puis considérer que le CPOM constitue un objectif de dépense opposable au gestionnaire et un outil de prévision budgétaire pour l'autorité en charge de la tarification.

Dans le cadre des travaux récents conduits dans le secteur médico-social, je voudrais citer le rapport de Denis Piveteau et le rapport Jeannet-Vachey, qui mettent en évidence la nécessité d'avancer vers de nouvelles méthodes de dialogue de gestion, ce qui est en cours, et surtout organiser et transformer progressivement le secteur, en améliorant les outils de travail. Je souhaiterais que cet amendement soit l'occasion d'un échange avec la ministre pour savoir quelle suite sera donnée, notamment, au rapport de Denis Piveteau.

**M. Denis Jacquat.** Je poserai une seule question d'ordre technique : pourquoi avons-nous dû attendre ?

**Mme Bérengère Poletti.** J'aimerais savoir si cet amendement a un rapport avec la réforme de la tarification et la mise en place des nouvelles conventions tripartites. N'y a-t-il pas une attente en la matière ? La demande d'un rapport retarderait-elle d'un an la mise en place de cette nouvelle tarification ?

**M. Francis Vercamer.** L'exposé des motifs indique que l'arrêté n'est à ce jour pas publié et accuse quatre ans de retard. Est-ce le fait de demander un rapport qui a causé un tel retard ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il y a déjà deux ans qui vous incombent, chers collègues de l'opposition !

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Pour répondre à Mme Poletti, la question des CPOM rejoint la réforme de la tarification. Aujourd'hui, cette réforme est en cours, et une personne a été nommée pour avancer sur le sujet. Des travaux sont menés pour trouver les moyens d'améliorer l'organisation, le dialogue de gestion et l'offre.

Si je demande un rapport, c'est aussi pour obtenir des réponses de la ministre afin de savoir où nous en sommes de ces travaux, très attendus dans le secteur médico-social. Il faut accompagner sérieusement les gestionnaires à travers ces outils de gestion et s'assurer de la concordance du dispositif, comme le préconisait Denis Piveteau.

**M. Pierre Morange.** Martine Carrillon-Couvreur est rapporteure de la MECSS pour les questions relatives à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Lors des nombreuses auditions qu'elle a menées, est revenu à de nombreuses reprises le déficit d'informations, notamment en ce qui concerne les coûts de gestion. Il était absolument essentiel d'avoir cette évaluation, d'où la pertinence de l'amendement, que j'appuie en tant que président de la MECSS.

**Mme Martine Pinville, rapporteure pour le secteur médico-social.** Je remercie Mme Carrillon-Couvreur, d'avoir accepté de reporter la discussion de cet amendement, sachant que je devais m'absenter un moment.

J'ai d'ordinaire plutôt tendance à freiner les demandes de rapports, pour éviter l'inflation. Mais en la circonstance, nous devons travailler au fond pour examiner le déploiement des CPOM et leur pertinence. Cela permettrait d'engager des discussions avec la ministre et les services qui travaillent sur ces sujets, et de reparler de la réforme tarifaire.

Peu d'amendements ayant été déposés sur la branche médico-sociale, je profite de l'occasion pour aborder la question de la contribution de solidarité pour l'autonomie. La totalité du financement apporté par la CASA sera dédiée à une politique concernant les personnes âgées. L'année prochaine, les crédits qui ne

seront pas utilisés dans le cadre de la CASA serviront à financer un plan d'aide à l'investissement, toujours pour le secteur des personnes âgées.

Je rappelle enfin que l'ONDAM médico-social pour l'an prochain est à hauteur de 2,2 %. Dans cette période particulière de maîtrise budgétaire, il convenait de le souligner.

**Mme Bérengère Poletti.** Je remercie Mme Pinville, car je n'avais pas pu approfondir les choses avec Mme la ministre quand nous avons auditionné le Gouvernement, la semaine dernière. Mme Pinville avait précisé que, contrairement aux deux dernières années, il n'y aurait pas de reprise sur la part de la CSG versée à la CNSA et que cette dernière bénéficiera bien de la totalité du produit de la CASA. Si j'ai bien compris, le texte vieillissement sera mis en place à partir de la mi-2015 et il y aura une non-consommation de la CASA à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'en juillet ou août. Des crédits vont donc être dédiés aux nouveaux plans d'aide à l'investissement (PAI), ce qui est une bonne chose, car il y a encore des besoins.

S'agissant de l'ONDAM médico-social, nos collègues avaient sévèrement critiqué le gouvernement précédent, lui reprochant d'avoir fait peu de choses pour les personnes âgées et dépendantes. Et pourtant, malgré une crise internationale particulièrement violente l'ONDAM médico-social avait été fixé à un niveau bien plus élevé que les 2,2 % que vous évoquez. Je peux comprendre que le contexte est difficile, mais je demande à mes collègues de la majorité de reconnaître aussi les efforts faits par l'ancienne majorité pendant des années.

*La Commission adopte l'amendement à l'unanimité.*



## ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

*(par ordre chronologique)*

- **Association des paralysés de France (APF) – Mme Amaëlle Penon**, conseillère nationale santé et médico-social
- **Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) – M. Yannick Deimat**, vice-président et directeur de la MDPH du Finistère, et **Mme Françoise Menes**, trésorière et directrice de la MDPH de Charente Maritime
- **Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI) – Mme Christel Prado**, présidente, **M. Thierry Nouvel**, directeur général
- **Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA) – M. Yves Verollet**, directeur général
- **ADMR – M. Thierry d'Aboville**, secrétaire général
- **Fédération nationale Adessadomicile – M. Didier Duplan**, directeur général adjoint
- **M. François-Xavier Devetter**, Maître de conférences en sciences économiques
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) – Mme Sabine Fourcade**, directrice générale de la cohésion sociale, **Mme Nathalie Cuvillier**, sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, **Mme Anne-Sophie Canihac**, cheffe du bureau Gouvernance du secteur social et médico-social, et **M. Boris Minot**, chef du bureau emploi et politique salariale
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – Mme Geneviève Gueydan**, directrice, **Mme Emmanuelle Dubée**, directrice adjointe, **Mme Bernadette Moreau**, directrice de la compensation de la perte d'autonomie, **M. Xavier Dupont**, directeur des établissements et services médico-sociaux, et **M. Hervé Léost**, adjoint au directeur des établissements et services médico-sociaux
- **Assemblée des départements de France (ADF) – M. Georges Labazée**, sénateur, président du conseil général des Pyrénées-Atlantiques, **M Jean-Pierre Hardy**, directeur des politiques sociales de l'ADF et **Mme Marylène Jouvien**, relations avec le Parlement