

N° 2916

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2010.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2011* (n° 2854)

TOME III

MÉDICO-SOCIAL

PAR MME BÉRENGÈRE POLETTI,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL TRAVERSE DES RÉFORMES IMPORTANTES	9
A. DE NOMBREUSES RÉFORMES SONT EN COURS D'ACHÈVEMENT	9
1. La mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009	9
<i>a) La création des agences régionales de santé</i>	9
<i>b) Les appels à projets</i>	11
2. Les réformes inscrites en lois de financement de la sécurité sociale	12
<i>a) La réforme de la tarification</i>	12
<i>b) L'intégration des dépenses de médicaments dans le forfait soins</i>	13
<i>c) La possibilité pour la CNSA de mener à bien des études</i>	14
B. LA NÉCESSITÉ DE POURSUIVRE LES RÉFORMES	15
1. La réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile	15
<i>a) Une dotation globale de soins insuffisamment ajustée aux besoins et à l'activité réelle</i>	15
<i>b) Une réforme des modalités d'allocation des ressources visant à prendre en compte la charge en soins des patients</i>	16
2. Accompagner l'intervention des professionnels libéraux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	16
3. Réformer la tarification des établissements pour personnes handicapées ?.....	17
II.- LE FINANCEMENT DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN 2011	19
A. LE BUDGET DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE	19
1. Les exécutions 2009 et 2010	20
2. Les ressources propres en 2011	22
3. La nouvelle construction de l'ONDAM et le montant de l'OGD	24
<i>a) Distinguer crédits de paiement et autorisations d'engagement</i>	24
<i>b) Un ONDAM médico-social qui progresse toujours plus vite que l'ONDAM général</i>	25

c) <i>La contribution de la CNSA à l'objectif global de dépense</i>	25
d) <i>Un objectif global de dépenses en hausse de 4,5 %</i>	26
4. Les autorisations d'engagement : le respect des plans gouvernementaux	27
5. L'aide à l'investissement.....	27
B. LES ACTIONS EN DIRECTION DES PERSONNES AGÉES	28
1. Le financement des établissements	28
a) <i>La poursuite de la médicalisation</i>	28
b) <i>Les installations de nouvelles places</i>	29
c) <i>La poursuite du plan solidarité grand âge</i>	30
2. Le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie	32
a) <i>Une dépense toujours dynamique</i>	32
b) <i>Une charge de plus en plus lourde pour les départements</i>	34
3. Le plan Alzheimer.....	35
a) <i>Objectif n°1 : Apporter un soutien accru aux aidants</i>	36
b) <i>Objectif n°2 : Renforcer la coordination de tous les intervenants</i>	37
c) <i>Objectif n°3 : Choisir et développer le soutien à domicile</i>	38
d) <i>Objectif n°5 : Améliorer l'accueil en établissement</i>	40
C. LES ACTIONS EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPÉES	41
1. La création de nouvelles places : le respect du plan Handicap.....	41
a) <i>L'exécution du plan au 31 décembre 2009 pour les établissements et services financés par l'objectif global de dépenses médico-sociales</i>	42
b) <i>Les mesures nouvelles 2010</i>	43
c) <i>Les prévisions de crédits de paiement pour l'année 2011</i>	43
d) <i>Les prévisions d'autorisations d'engagement en 2011</i>	44
2. Le financement de la prestation de compensation du handicap.....	44
a) <i>Dynamique de la prestation</i>	45
b) <i>Les dépenses couvertes par la CNSA</i>	46
3. Le financement des maisons départementales des personnes handicapées	47

EXAMEN DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	49
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011.....	49
Section 1 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	49
<i>Article additionnel après l'article 42 : Financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer</i>	<i>49</i>
<i>Article additionnel après l'article 42 : Groupements de coopération sociale ou médico-sociale</i>	<i>49</i>
<i>Après l'article 42</i>	<i>49</i>
<i>Article additionnel après l'article 42 : Écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires.....</i>	<i>52</i>
<i>Article additionnel après l'article 42 : Construction de l'objectif global de dépenses des établissements et services médico-sociaux.....</i>	<i>53</i>
<i>Article additionnel après l'article 42 : Contrats-types pour les médecins libéraux exerçant en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes</i>	<i>54</i>
<i>Article additionnel après l'article 42 : Présomption de non-salariat pour les professionnels libéraux exerçant en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes</i>	<i>54</i>
<i>Article additionnel après l'article 42 : Prolongation de l'expérimentation sur la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des établissements.....</i>	<i>54</i>
<i>Après l'article 42</i>	<i>55</i>
<i>Article additionnel après l'article 42 : Modalités de calcul du forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.....</i>	<i>56</i>
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE.....	57

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 5, 7, 9 à 33, 59 et 60** figurent dans le rapport de M. Yves Bur, sur les recettes et l'équilibre général (n° 2916, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **6, 8, 34 à 47, 49 à 53** figurent dans le rapport de M. Jean-Pierre Door, sur l'assurance maladie et les accidents du travail (n° 2916, tome II).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **48, 57 et 58** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur l'assurance vieillesse (n° 2916, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **54 à 56** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 2916, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 2916, tome VI.

INTRODUCTION

Le secteur médico-social constitue une priorité politique du Gouvernement et de cette majorité depuis de nombreuses années. Année après année, les plans Solidarité grand âge et Handicap sont mis en œuvre qui se traduisent par une ouverture de nouvelles structures et une augmentation des moyens mis à disposition des établissements existants.

L'année prochaine verra cette priorité franchir une nouvelle étape avec la discussion au Parlement de la réforme de la dépendance qui constitue l'un des engagements du Président de la République. Cela a été rappelé lors de son intervention télévisée du 14 juillet dernier : la réforme de la dépendance constituera, après l'indispensable réforme des retraites, le grand chantier social de l'année 2011.

La dépendance constitue, selon toutes les enquêtes d'opinion, l'une des premières préoccupations des Français qui voient bien qu'il est essentiel que nos aînés doivent être pris en charge dans la dignité, lorsqu'ils atteignent la fin de leur vie et qu'ils sont atteints de difficultés physiques ou cognitives. Or, en 2050, un français sur trois aura plus de 60 ans et plus de 15 % de la population sera âgée de plus de 75 ans. Le nombre de personnes dépendantes devrait ainsi augmenter de 1 % par an jusqu'en 2040.

En attendant cette grande réforme, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, dans la prolongation des exercices précédents, continue de faire du secteur médico-social une priorité en prévoyant une progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social de 3,8 %, contre 2,9 % pour l'ONDAM global.

Ce deuxième rapport de la commission des affaires sociales sur le secteur médico-social a pour ambition de prolonger l'effort de clarification et d'information initié par le premier. Aujourd'hui, la place de ce secteur, et, partant, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans la loi de financement de la sécurité sociale est encore ambiguë et les informations dont dispose le Parlement ainsi que ses pouvoirs en termes d'autorisation sont encore très insuffisants, même si des progrès réels ont été accomplis ces dernières années.

L'un des enjeux de la future réforme de la dépendance sera aussi de redonner toute sa place au Parlement dans l'élaboration et la discussion de cette politique publique essentielle.

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

En attendant la réforme de la dépendance annoncée en 2011, le secteur médico-social traverse depuis quelques années une phase de mutation profonde qui accompagne l'augmentation des moyens budgétaires dont il dispose.

A. DE NOMBREUSES RÉFORMES SONT EN COURS D'ACHÈVEMENT

1. La mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009

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

La quasi-totalité des mesures réglementaires nécessaires ont été prises, les dernières sont en cours de signature :

– le décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 ainsi que l'arrêté du 30 août 2010 ont précisé le nouveau régime de l'autorisation et notamment la procédure de l'appel à projets sociaux et médico-sociaux ;

– le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 a défini le contenu du schéma régional médico-social,

– un décret en cours de contreseing définit les modalités de concertation par les présidents de conseils généraux des partenaires et usagers pour l'élaboration des schémas départementaux,

– un décret en cours de contreseing définit le calendrier d'évaluation de l'activité des établissements,

– enfin, un arrêté fixant les seuils au-delà desquels le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens est obligatoire est en préparation.

a) La création des agences régionales de santé

A donc été décidé le transfert de la compétence de l'État aux agences régionales de santé (ARS) en matière de développement de l'offre médico-sociale. Ce transfert a répondu à plusieurs finalités :

D'une part, il s'agissait de décloisonner la politique de santé publique et la politique médico-sociale. Le secteur médico-social connaît des tendances

sociodémographiques parmi les plus dynamiques sous l'effet conjugué de l'arrivée au grand âge de générations de plus en plus nombreuses et du vieillissement de la population handicapée. Les populations concernées par cet objectif sont celles pour lesquelles il existe un enjeu particulier en matière de parcours de soin, de prévention et de prise en charge : personnes handicapées, personnes âgées, personnes en difficultés sociales.

D'autre part, un nouveau cadre d'action territoriale pour le secteur médico-social a été créé autorisant :

- un pilotage intégré et territorialisé du développement de l'offre médico-sociale ;
- une définition collective et transversale des besoins au moyen du projet régional de santé et de ses schémas ;
- une articulation renforcée entre les politiques conduites par les conseils généraux et celle déterminée par les agences régionales de santé.

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

- articuler la planification et la programmation de l'offre médico-sociale de l'agence régionale avec celles mises en œuvre par les autres autorités publiques que sont l'État et les présidents des conseils généraux ;
- développer les approches communes sur les champs partagés (personnes handicapées, personnes âgées, personnes en difficultés sociales) ;
- renforcer l'efficacité du droit de l'autorisation profondément modifié par la loi, en inscrivant pleinement la nouvelle procédure d'examen des projets sociaux et médico-sociaux dans les analyses programmatiques préalables que conduisent les différentes instances de consultation et autorités publiques compétentes.

Il convient de rappeler que la création des agences régionales avait suscité une certaine inquiétude dans le secteur médico-social qui craignait de voir sa spécificité diluée au sein des préoccupations que l'on craignait exclusivement sanitaires de leurs directeurs. Après avoir interrogé l'ensemble de ses interlocuteurs sur ce point, votre Rapporteur estime qu'à ce jour, ces inquiétudes sont en grande partie dissipées. Certes, la mise en place concrète des agences régionales ne s'est pas faite sans difficultés (en particulier dans la campagne budgétaire 2010, on y reviendra), ce qui est normal compte tenu de l'ampleur de la tâche mais, globalement, le médico-social est loin d'être négligé par ces nouvelles structures.

Ceci s'explique d'une part par le choix des directeurs, choix qui a fait une large part à des personnalités issues du secteur médico-social. Par ailleurs, le

secteur a su trouver dans chaque agence un interlocuteur connaissant ses problématiques spécifiques et étant à leur écoute.

b) Les appels à projets

La procédure d'appel à projets permet la refondation du régime de l'autorisation pour la création et le développement de l'offre sociale et médico-sociale. Cette refondation a mis fin :

– aux lourdeurs d'un système d'examen des projets de création des établissements sociaux et médico-sociaux reposant sur les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale ;

– à l'inscription sur une liste d'attente d'une durée légale de trois ans, non acquisitive de droit à autorisation.

Elle devrait permettre :

– d'inscrire la sélection des projets de prise en charge sociale ou médico-sociale dans l'approche collective et concertée des besoins définis en commissions spécialisées des conférences régionales de santé et d'autonomie (CRSA) ;

– de clarifier les niveaux stratégiques (schémas et programmes) et opérationnels (procédure de l'appel à projet) ;

– d'offrir davantage de garanties aux promoteurs avec une procédure comparative plus formalisée et transparente ;

– de garantir une adéquation entre les moyens financiers disponibles et les projets sélectionnés, permettant le financement immédiat des projets sélectionnés par l'autorité publique compétente contrairement à l'ancien dispositif qui n'offrait aucune lisibilité aux promoteurs ;

– de renforcer l'association des représentants des usagers ;

– et enfin de prendre en compte l'innovation ou l'expérimentation.

De même que la création des agences, la mise en place d'appel à projets a suscité certaines réticences au sein du secteur médico-social, qui lui reprochait sa dynamique du haut vers le bas qui va quelque peu à rebours de la tradition dans un secteur qui s'est construit sur des initiatives locales validées, dans un deuxième temps, par les pouvoirs publics. Pour autant, cette spécificité devrait être préservée, grâce à la procédure spécifique prévue pour les projets innovants. Par ailleurs, les appels à projets devraient permettre, une fois la période transitoire passée, une réelle accélération des processus.

2. Les réformes inscrites en lois de financement de la sécurité sociale

a) La réforme de la tarification

La réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été engagée par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Outre la possibilité de fixer des tarifs plafonds afin de favoriser la convergence et une meilleure répartition des ressources entre établissements, cet article a défini pour la première fois dans la partie législative du code de l'action sociale et des familles la structuration tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'article L. 314-2 du code a donc été entièrement réécrit et reprend la triple composante, soins/dépendance/hébergement, autrefois prévue par la partie réglementaire, et aménage la procédure applicable au tarif afférent aux soins.

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2010, cette réécriture attend, pour être effective, la publication d'un décret en cours d'examen par le Conseil d'État. L'écriture de ce décret a été longue et complexe et a fait l'objet de nombreuses consultations des acteurs du secteur. Des versions différentes se sont succédé ce qui n'est guère étonnant compte tenu de l'importance de la réforme.

Le projet de décret doit permettre de mieux relier les ressources allouées aux établissements afin de couvrir les dépenses de prise en charge médicales et d'accompagnement de leurs résidents à leurs besoins en soins ainsi qu'à leur niveau de dépendance, objectivés par des outils d'évaluation désormais bien établis. Il vise également, dans le strict respect des équilibres entre les différents co-financeurs des EHPAD, d'une part garantir aux établissements un niveau de ressource adapté à la prise en charge de leur patient, d'une part, à prémunir les résidents contre des ressauts tarifaires durant la durée de leur séjour, d'autre part.

Le forfait global relatif aux soins est calculé en premier lieu selon une équation tarifaire, qui prend en compte à la fois le niveau de besoin en soins requis des résidents évalué par l'outil « Pathos », le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement évalué par la grille AGGIR, la capacité permanente de l'établissement et la valeur du point fixée par arrêté ministériel. Il a vocation à couvrir les charges relatives aux prestations de service à caractère médical, l'emploi de personnel médical, ... ainsi qu'une partie forfaitaire des charges de personnels d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques.

Le forfait global relatif aux soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé ; toutefois pour prémunir les établissements contre une trop grande variabilité de leurs ressources, l'évolution du niveau de soins requis ne sera prise en compte que lorsque les résultats de la coupe « Pathos » feront état d'une différence supérieure à un nombre de points qui sera fixé par arrêté ministériel.

À titre dérogatoire, pour une période de trois ans, il sera possible de déroger à la clé de répartition forfaitaire de financement des charges afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques nouvellement recrutés (70 %/30 %) afin de lever les éventuels blocages à la signature de conventions tripartites.

À la différence du forfait global relatif aux soins, associant à un calcul de points par établissement une valeur de point déterminée pour l'ensemble du territoire, la tarification de la dépendance reste, au moins dans un premier temps, essentiellement calculée pour couvrir les charges de la dépendance de l'EHPAD sur un périmètre strictement identique à celui financé jusqu'alors par les conseils généraux.

Par ailleurs, le texte pose les bases d'une possible convergence départementale sur la tarification de la dépendance en autorisant le président du conseil général à déterminer une valeur cible du point dépendance pour le département, puis à faire converger vers un forfait correspondant le forfait global dépendance des établissements, à la stricte condition d'un maintien du montant de l'enveloppe départementale.

Le mode de détermination du tarif journalier afférent à l'hébergement repose sur le calcul d'un prix de revient excluant la reprise des résultats en majoration ou en minoration des tarifs. Les tarifs arrêtés annuellement par les présidents de conseils généraux pour les établissements habilités à l'aide sociale seront opposables au seul flux des nouveaux entrants.

Cette réforme des modalités de tarification des EHPAD entrera en application au fur et à mesure que les établissements renouvelleront leur convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 I du code de l'action sociale et des familles

b) L'intégration des dépenses de médicaments dans le forfait soins

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

Avant cette généralisation était prévue la conduite d'une expérimentation, dont le bilan devait être présenté au Parlement en octobre 2010. Une mission a donc débuté en 2009, afin de mettre en place les outils nécessaires au démarrage de cette expérimentation en concertation avec les professionnels concernés. Le rapport a été remis aux ministres en août 2009. Sur la base de celui-ci, des circulaires ont été adressées aux directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales dès le 6 août 2009 pour leur expliquer le principe et le déroulement de cette expérimentation ; de plus, une mission Inspection générale des affaires sociales (IGAS) – Conseil général des établissements de santé (CGES)

a été mandatée pour le pilotage et réaliser le suivi de cette expérimentation et formuler des préconisations pour la généralisation de cette mesure.

L'expérimentation a débuté le 1^{er} décembre 2009 ; elle inclut 276 EHPAD répartis sur l'ensemble du territoire en zones rurales et urbaines, et comportant des établissements publics ou non. Une dotation, calculée sur la base des dépenses de médicaments remboursées au cours du premier semestre 2009 extrapolées à l'ensemble d'une année, a été versée aux établissements expérimentateurs, les versements étant mensualisés. Par ailleurs, la dotation inclut également la rémunération du pharmacien référent dans le cadre de ces nouvelles missions. Des indicateurs, tant qualitatif que quantitatif, ont été fixés pour permettre le suivi de la consommation des médicaments, nécessaires pour établir le rapport au Parlement devant être remis en octobre 2010.

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

L'analyse menée par la mission a permis d'identifier un certain nombre d'obstacles actuels à cette réintroduction :

- la difficulté de calibrer avec précision une enveloppe ;
- les possibles divergences entre le médecin coordinateur et les médecins libéraux intervenant dans l'établissement ;
- les transferts de charges entre les mutuelles et l'assurance-maladie ;

Toutes ces raisons soulignent la nécessité de poursuivre l'expérimentation sur un dossier qui n'est pas encore mûr pour envisager une quelconque généralisation. C'est pourquoi la commission des affaires sociales a adopté un amendement prolongeant de deux ans l'expérimentation prévue.

c) La possibilité pour la CNSA de mener à bien des études

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a prévu, à l'initiative du Parlement, la possibilité pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de réaliser une étude relative à l'analyse des coûts de revient et des tarifs des établissements et services entrant dans son champ de compétence.

Les établissements et services concernés doivent transmettre les données nécessaires dans des conditions fixées par voie réglementaire, mais ce décret n'a pas encore été publié.

Cette nouvelle compétence de la caisse fait actuellement l'objet de travaux dans le cadre de l'élaboration en cours de la prochaine convention d'objectifs et de moyens entre l'État et la CNSA qui devrait être achevée dans les prochains mois,

en particulier pour développer les systèmes d'information nécessaires pour mener à bien une telle étude. Votre Rapporteuse veillera à ce que la nouvelle convention respecte bien la volonté du législateur.

B. LA NÉCESSITÉ DE POURSUIVRE LES RÉFORMES

1. La réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile

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

Fin 2009, les SSIAD représentaient 2 351 services et un volume financier de 1 308 millions d'euros. Le nombre de places était de 108 613 places autorisées et 103 821 places installées avec un coût moyen à la place (PA/PH) prévu dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2010 de 10 500 €

Les SSIAD sont un maillon essentiel de la politique de maintien à domicile des personnes âgées. Leur développement massif est prévu dans le Plan Solidarité grand âge ; il appelle en parallèle, une révision des modalités de leur financement.

a) Une dotation globale de soins insuffisamment ajustée aux besoins et à l'activité réelle

Les montants alloués dans le cadre de la dotation globale de fonctionnement paraissent inadaptés pour la prise en charge de certains patients, notamment ceux qui nécessitent des soins et des passages plus fréquents. Par ailleurs, il n'existe à ce jour aucun outil normalisé et validé qui soit utilisé par l'ensemble des services de soins infirmiers à domicile pour mesurer les besoins en soins des patients pris en charge.

Une étude menée conjointement par la direction générale de l'action sociale (DGAS) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), avec le concours scientifique de l'Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES) et de l'Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Île-de-France (URC-ECO IDF), a été lancée au mois d'avril 2007, sur un échantillon de 2 179 patients âgés pris en charge par 36 services de soins infirmiers dans 5 régions.

Les résultats de l'étude montrent que si, pour une partie des services, le coût moyen par bénéficiaire personne âgée est proche du coût moyen de référence pour les créations de places, il existe néanmoins des disparités fortes puisque un tiers des services a une dotation par patient inférieure au coût moyen de leurs

patients, tandis qu'un autre tiers a dotation supérieure d'au moins 10 % à leur coût moyen.

Les résultats de l'étude confirment donc une mauvaise répartition et allocation des ressources et plaident pour un outil de mesure de la charge en soins des patients et un référentiel de coûts permettant de doter les SSIAD selon leur activité réelle.

b) Une réforme des modalités d'allocation des ressources visant à prendre en compte la charge en soins des patients

Ce nouveau mode d'allocation des ressources doit permettre d'assurer :

– une meilleure prise en charge des patients en fonction de la nature des interventions et du nombre de passages des intervenants ;

– une allocation plus juste des ressources entre SSIAD, en fonction notamment des besoins en soins et des coûts de la structure ;

– une convergence tarifaire de sorte que l'allocation de ressources soit comparable entre structures assumant des charges équivalentes.

Le modèle de tarification envisagé est un modèle mixte *per capita*. Le nombre de points attribués à chaque patient est égal à la somme des points produits par :

– une part forfaitaire définie en fonction du nombre de patients pris en charge par le service ;

– une part variable calculée en fonction des besoins en soins de chaque patient déterminée à partir de caractéristiques des patients (dépendance, maladie et environnement) et du service.

Le nombre de points de chaque service sera donc égal à la somme des points de chaque patient pris en charge par le service. Le forfait global de soins du service est calculé en multipliant le nombre de points attribués à chaque service par la valeur annuelle du point fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Une mise en œuvre très progressive de cette nouvelle tarification est bien sûr prévue.

2. Accompagner l'intervention des professionnels libéraux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, prévoit que « *des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins,*

l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Cet article précise, en outre, que ces conditions « *peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement* ». Il est précisé, enfin, « *qu'un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement* ».

Le rôle et les missions du médecin coordonnateur, prévus à l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 161-36-2-1 du code de la sécurité sociale, se heurtent aujourd'hui à l'absence de levier concret pour permettre une véritable organisation des soins dans un souci de rationalisation des soins et une prise en charge de qualité en EHPAD. Au surplus, la récente mise en œuvre de la réintégration des dispositifs médicaux dans les forfaits de soins par l'arrêté du 30 mai 2008 et la perspective de la réintégration des médicaments rendent l'articulation entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux prescripteurs particulièrement nécessaire, en vue d'une maîtrise de son forfait de soins par le directeur de l'établissement.

Le projet de décret, actuellement examiné par le Conseil d'État, rappelle le caractère obligatoire de la signature du contrat par le professionnel de santé libéral qui intervient à ce titre dans un EHPAD et renvoie à un arrêté la fixation des contrats-types. Deux modèles de contrats, correspondant aux deux principales interventions de libéraux en EHPAD, à savoir les médecins traitants et les masseurs-kinésithérapeutes, seront fixés par arrêté. Ces contrat-types fixent les modalités d'intervention et de transmission d'informations relatives à l'intervention du professionnel de santé dans l'établissement, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur, ainsi que les exigences en termes de formation de ces professionnels, afin d'assurer aux résidents une prise en charge et des soins de qualité.

3. Réformer la tarification des établissements pour personnes handicapées ?

Après la réforme de la tarification des établissements sanitaires, des établissements pour personnes âgées et celle en cours des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de nombreuses personnes auditionnées par votre Rapporteur ont souligné la nécessité d'engager une réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes handicapées.

Comme dans les autres secteurs, l'objectif doit être une allocation optimale des moyens disponibles au plus près des besoins réels, afin que les établissements accueillant les personnes les plus lourdement handicapées bénéficient de ressources adaptées. Une telle réforme doit également permettre d'aller vers une plus grande égalité entre les territoires et les individus : il n'y a aucune raison que deux personnes frappées d'un handicap analogue bénéficient d'un traitement différent selon l'établissement dans lequel elles sont accueillies.

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

II.- LE FINANCEMENT DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN 2011

Le secteur médico-social constitue depuis de très nombreuses années une politique publique absolument prioritaire pour cette majorité. Deux plans structurants ont été lancés et sont en cours de réalisation (le plan Solidarité grand âge et le plan Handicap), complété par le plan Alzheimer. Cette priorité se retrouve dans l'évolution de l'ONDAM médico-social, qui connaît depuis presque dix ans une croissance largement supérieure à celle de l'ONDAM général, croissance qui bénéficie en grande partie au secteur des personnes âgées.

Pour 2011, le caractère privilégié de cette politique publique est confirmé, puisque l'ONDAM médico-social progresse de 3,8 % contre 2,9 % pour l'ONDAM général. Il s'agit d'une moindre progression que les années précédentes mais qui s'explique par la nouvelle méthode de construction de l'ONDAM médico-social en crédits de paiement, les autorisations d'engagement faisant l'objet d'une budgétisation distincte.

Cette augmentation de l'ONDAM, auquel s'ajoutent les ressources propres de la CNSA, permet de financer un objectif global de dépenses qui progresse de 4,5 % et qui permet de financer intégralement les plans de création de places et de modernisation des établissements tant dans le secteur personnes âgées que dans celui des personnes handicapées.

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

Opérateur pivot dans le secteur médico-social, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a vu sa première convention d'objectifs et de gestion s'achever en 2009. Depuis lors, l'IGAS, dans le cadre de son programme de travail 2010, a entrepris une mission d'évaluation de la convention 2006-2009 et d'identification des axes stratégiques pour la prochaine convention.

Par ailleurs, un groupe de travail rassemblant les administrations de l'État concernées et la CNSA, a élaboré les grands axes de la prochaine convention. Ce document doit définir les priorités à quatre ans de la CNSA et les traduire en objectifs stratégiques et opérationnels. La maquette actuelle envisage une structure de la convention en cinq chapitres, traitant successivement des grandes catégories de missions de la CNSA (compensation collective, compensation individuelle), des modalités de gouvernance des politiques médico-sociales, et du pilotage de la convention. Celle-ci a été présentée lors du conseil de la CNSA du 29 juin 2010. Ce document résultant de travaux techniques et exploratoires, sans arbitrage alors des ministres sur les priorités à retenir, a permis au conseil de débattre des orientations indiquées,

de leur pertinence et de leur importance, et de proposer des inflexions. Les administrations et la CNSA travaillent désormais à la préparation de la convention elle-même.

Votre Rapporteuse espère que ce calendrier pourra être respecté et, surtout, que les moyens nécessaires à la mise œuvre de politiques ambitieuses dans ce secteur soient prévus. Alors que les crédits attribués au secteur augmentent année après année, il serait pour le moins paradoxal que l'opérateur de l'État chargé de conduire cette politique ne bénéficie pas lui aussi d'une augmentation de ses crédits.

1. Les exécutions 2009 et 2010

En 2009, la CNSA a présenté un résultat déficitaire de 474 millions d'euros, ce qui représente une rupture nette par rapport aux exercices précédents qui affichaient des résultats excédentaires.

Ce résultat déficitaire correspond à un double phénomène :

– d'une part, la section I dégage un déficit global de 63 millions d'euros avant prise en compte de l'apport sur réserves de la CNSA alimenté par les excédents des années antérieures, avec 431 millions d'euros de sous-consommation de l'objectif général de dépenses (OGD) affiché dans le budget primitif de la CNSA (- 91 millions d'euros sur l'objectif relatif aux personnes handicapées et - 340 millions d'euros sur l'objectif relatif aux personnes âgées) ; cette sous-consommation est principalement générée par l'effet retard entre les autorisations et médicalisations de places nouvelles et leur réalisation effective ;

– d'autre part, la section V présente un déficit de 446 millions d'euros ; cette situation s'explique surtout par le financement par la CNSA de plans d'aides à l'investissement avec les excédents des années précédentes ; en 2009, ces opérations ont représenté 628 millions d'euros de charges réalisées sur 745 millions de charges prévisionnelles.

Les fonds propres, figurant au bilan à l'issue de l'exercice 2009, s'élèvent donc à 539 millions d'euros, dont 56 millions mobilisés dans la construction de l'OGD « personnes âgées » 2010 et 151 millions destinés au financement du plan d'investissement sur 2010.

Le compte de résultat prévisionnel de 2010 fait ressortir, par construction, un déficit comptable de 202 millions d'euros avant prélèvement sur réserves (constituées grâce aux excédents antérieurs). Il s'explique principalement par :

– la convention retenue par la CNSA au moment de la présentation du budget modificatif est celle d'un OGD réalisé, identique à l'OGD arrêté ; le déficit de la section 1 s'établirait de ce fait à 37 millions d'euros, avant prise en

compte de l'apport sur réserves de la CNSA alimenté par les excédents des années antérieures ; il ne tient donc pas compte à ce stade de la prévision de sous exécution de 100 millions d'euros (1) sur la section I sous section 2.

– un déficit de 151 millions d'euros de la section V, correspondant principalement aux provisions inscrites en charges au titre du plan d'aides à l'investissement de 2010 financé par les excédents dégagés les exercices précédents.

Sous ces hypothèses, les fonds propres de la CNSA à fin 2010 s'établiraient à 337 millions d'euros. Ces équilibres seront revus dans le cadre de la clôture des comptes 2010 et intégreront le niveau d'exécution finale de l'OGD.

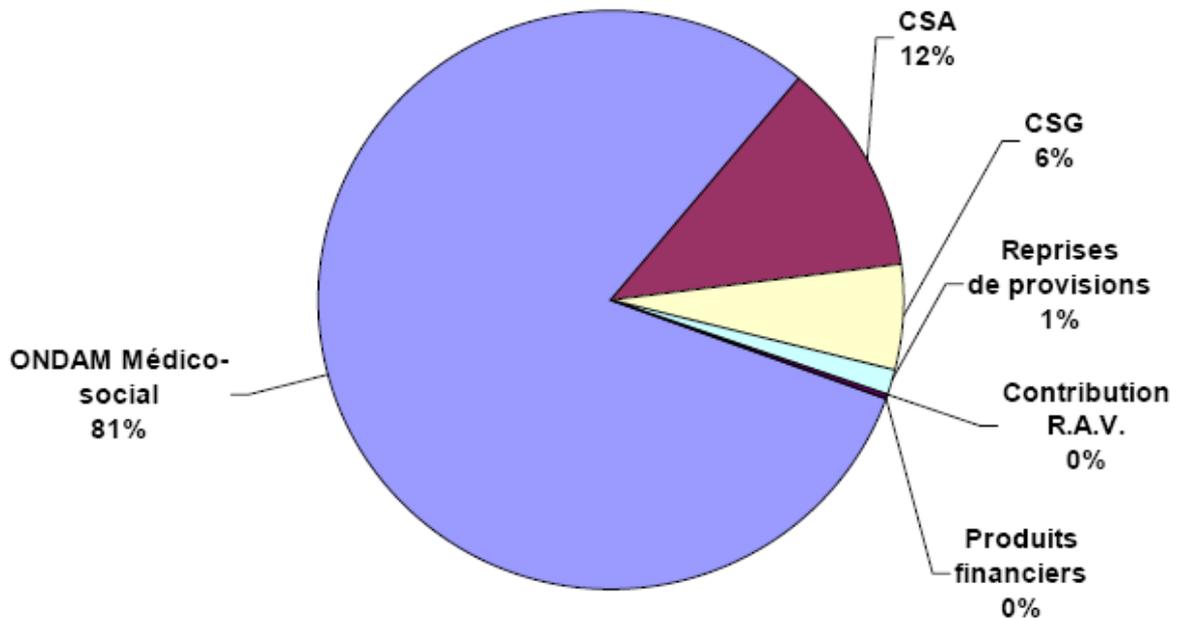
Notons que, de sources concordantes, l'exécution 2010 a été difficile et relativement mal vécue par les opérateurs. À plus d'un titre, l'année 2010 a, en effet, été une année de transition : en 2010, pour la première fois, les bases budgétaires ont été construites par agrégation des seuls crédits nécessaires au fonctionnement des places ouvertes ou devant s'ouvrir en 2011 tandis que les mesures nouvelles étaient calculées, comme les années précédentes, de façon à compléter le financement des tranches 2010 des plans nationaux, indépendamment de la date d'ouverture effective des places nouvelles. Cette nouvelle construction, qui supposait une remontée d'information la plus précise possible des directions départementales des affaires sanitaires et sociales, a coïncidé avec la mise en place des agences régionales de santé qui a, inévitablement, quelque peu déstabilisé les services concernés.

Au final, certaines enveloppes régionales ont été sous-évaluées et certains opérateurs n'ont pu bénéficier des financements qui leur avaient été promis. Pour faire face à cette situation, la CNSA a débloqué 30 millions d'euros supplémentaires pour les établissements pour personnes âgées. Une seconde enveloppe supplémentaire de 60 millions d'euros devrait être très prochainement ouverte, dont 12 millions pour les établissements accueillant des personnes handicapées.

2. Les ressources propres en 2011

Les produits de la CNSA sont répartis selon le graphique ci-dessous :

Budget prévisionnel CNSA 2011 - Répartition des produits



Les ressources propres de la CNSA viennent de la contribution solidarité autonomie (0,3 % sur les revenus d'activité et du capital) et d'une fraction de la CSG non-déductible (0,1 %). Le tableau ci-dessous présente les recettes pour 2009 (réalisations) et les prévisions pour 2010 et 2011.

Ressources propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

	Réalizations 2009		Prévisions 2010		Prévisions 2011	
	M€	%	M€	%	M€	%
I.- CSG						
CSG sur les revenus d'activité	790	0,0	797	0,8	821	3,0
CSG sur les revenus de remplacement	197	4,7	199	1,1	205	3,0
CSG sur les revenus du patrimoine	50	- 30,0	52	3,6	48	- 7,0
CSG sur les revenus des placements	55	- 18,4	62	11,9	65	4,7
CSG sur les revenus des jeux	7	26,1	5	- 23,4	6	15,6
Total CSG produits bruts	1 099	- 2,1	1 115	1,4	1 145	2,7
II.- CSA						
CSA sur les revenus d'activité	1 887	0,0	1 907	1,1	1 978	3,7
CSA sur les revenus du patrimoine	151	- 29,8	157	4,2	145	- 7,6
CSA sur les revenus des placements	169	- 13,2	188	11,5	195	3,6
Total CSA produits bruts	2 206	- 3,9	2 252	2,1	2 318	2,9
Participation des régimes d'assurance vieillesse	66	1,2	67	1,8	68	1,3
Produits bruts CNSA (hors produits financiers)	3 371	- 3,2	3 434	1,9	3 531	2,8
Produits financiers	45	- 26,8	10	- 78,0	10	0,0
Produits CNSA	3 417	- 3,6	3 444	0,8	3 541	2,8

Source :

En 2009, les produits ont chuté de 3,6 % pour atteindre 3,4 milliards d'euros. Les recettes de CSG représentent 1,1 milliard d'euros et celles de CSA s'élèvent à 2,2 milliards d'euros. La participation des régimes d'assurance vieillesse s'établit à 66 millions d'euros.

En 2010, la CNSA percevrait 3,4 milliards d'euros de recettes (+ 0,8 %). Ce léger sursaut par rapport à 2009 s'explique par une conjoncture plus favorable que prévue notamment en matière d'emplois.

En 2011, la remontée des ressources propres se poursuivrait grâce à un environnement économique plus favorable : les prévisions 2011 sont basées sur un PIB progressant en volume de 2 % et une masse salariale du secteur privé augmentant de 2,9 %. Il en résulterait une augmentation des recettes propres de la CNSA de + 2,85 %, qui retrouveraient ainsi leur niveau de 2008.

3. La nouvelle construction de l'ONDAM et le montant de l'OGD

Les nouvelles modalités de construction de l'ONDAM médico-social conduisent à une moindre progression que les années antérieures. Pour autant, celle-ci reste bien supérieure à celle des autres sous-objectifs de l'ONDAM, traduisant la priorité toujours accordée au secteur.

a) Distinguer crédits de paiement et autorisations d'engagement

La construction de l'OGD 2011 marque une nouvelle étape dans le changement de mode de gestion initié en 2010 : les objectifs sont désormais bâtis à partir de l'estimation des seuls crédits nécessaires aux besoins de financement effectifs de l'année (places nouvelles s'ouvrant réellement en 2011). Cette évolution permet d'inscrire cette construction dans la trajectoire de redressement des comptes de l'assurance-maladie, caractérisée par une évolution de l'ONDAM général fixée à 2,9 %.

Cette logique aboutit à distinguer l'évolution des crédits de paiement prévus par l'OGD de l'année, correspondant aux seuls besoins de financement des places en service au cours de cette année, déterminés en fonction de leur rythme d'ouverture, de celle des autorisations d'engagement constituées par 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.

En conséquence, le suivi de la progression des moyens du secteur médico-social doit désormais s'appréhender à la fois au travers des volumes d'enveloppes anticipées représentatives de la montée en charge des plans gouvernementaux et de l'évolution de l'OGD, traduisant leur rythme effectif de mise en œuvre sur le terrain.

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

b) Un ONDAM médico-social qui progresse toujours plus vite que l'ONDAM général

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 présente une évolution de l'ONDAM médico-social de 3,8 %, en baisse de 2 points par rapport à l'exercice 2010 mais restant de 1 point supérieure à celles de l'ONDAM hospitalier et de l'ONDAM soins de ville, qui sont fixés à 2,8 %, comme en 2010.

La progression de l'ONDAM médico-social dans les deux champs s'élève à :

- + 4,4 % pour les personnes âgées, soit 7 589 millions d'euros ;
- + 3,3 % pour les personnes handicapées, soit 8 224 millions d'euros.

L'ONDAM personnes handicapées intègre un transfert de 18 millions d'euros depuis l'enveloppe soins de ville constitutif de la deuxième tranche de financement des frais de transport dans les budgets des établissements pour personnes adultes handicapées (maison d'accueil spécialisée et foyer d'accueil médicalisé). Ces frais correspondent à l'intégration des charges de transports dans les budgets des structures fonctionnant en accueil de jour et donnant lieu à déplacements quotidiens des personnes accueillies.

c) La contribution de la CNSA à l'objectif global de dépense

La CNSA contribue, sur ses ressources propres de contribution solidarité autonomie, à la construction de l'OGD selon des règles fixant la fraction des recettes de contribution solidarité autonomie affectée à chacune des sous-sections de la section I. Pour 2011, cette contribution automatique s'établit à 1.153 millions d'euros répartis à :

– 881 millions pour l'OGD personnes âgées, en tenant compte d'une affectation de 12 millions d'euros au financement, hors OGD, du début de la généralisation des maisons pour l'accueil et l'intégration des malades d'Alzheimer ;

– 272 millions d'euros pour l'OGD personnes handicapées, en tenant compte de l'augmentation de la contribution aux groupes d'entraide mutuelle de 3 millions d'euros.

Par ailleurs, depuis 2007, la CNSA finance une partie de l'OGD via ses réserves, la cohérence de ce financement reposant sur le fait que ces réserves trouvent leur origine dans une sous-consommation des crédits année après année. Les montants des réserves ainsi affectées à la construction de l'OGD se sont élevés à 46,8 millions d'euros en 2007, 200 millions en 2008, 262 millions en 2009 et 56 millions en 2010 (ramenés à 37 millions d'euros dans le budget modificatif adopté en mars 2010).

Pour 2011, l'OGD présenté à l'annexe 8 du présent projet de loi a été construit en faisant appel à 141 millions d'euros pris sur les réserves.

d) Un objectif global de dépenses en hausse de 4,5 %

Au total, ces ressources permettent de financer un OGD pour 2011 s'élevant à 17 106 millions d'euros, en progression de 4,5 % par rapport à 2010 qui se décompose en :

- 8 582 millions d'euros pour l'OGD-personnes âgées (+4,9 %) ;
- 8 524 millions d'euros pour l'OGD-personnes handicapées (+3,9 %).

Pour l'année 2011, l'équilibre est ainsi assuré à 92,4 % par l'ONDAM médico-social et à 7,6 % par la contribution de la CNSA :

(En millions d'euros)

Financement de l'OGD 2011	OGD-PH	OGD-PA	Ensemble OGD
Contribution des régimes d'assurance maladie	8 224	7 589	15 812
Apport CNSA total	300	994	1 294
Montant de l'OGD	8 524	8 582	17 106
Apport de la CNSA en % de l'OGD	3,52 %	11,58 %	7,56 %

Source : CNSA

Votre Rapporteur souhaite attirer l'attention sur le fait qu'assurer l'équilibre de l'OGD, qui couvre des coûts de fonctionnement pérennes des établissements et services, par la mobilisation de réserves budgétaires dont le renouvellement n'est pas assuré, ne peut constituer qu'une solution de court terme. Ce d'autant que la nouvelle méthode d'élaboration de l'OGD va mathématiquement, et heureusement, conduire à une diminution des crédits non consommés et donc des réserves disponibles. À terme, il reviendra donc bien à l'ONDAM médico-social de prendre le relais pour couvrir les besoins liés à la réalisation des plans.

Cette progression des OGD doit d'abord permettre de financer la reconduction des dotations des établissements et services pour actualiser leurs moyens de fonctionnement, ce qui représente un coût de 191 millions d'euros pour les deux secteurs.

4. Les autorisations d'engagement : le respect des plans gouvernementaux

Comme il a été indiqué, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale a été récemment modifiée pour que le Parlement soit informé des autorisations d'engagement qui seront déléguées chaque année aux agences régionales de santé pour autoriser l'ouverture de places nouvelles. Cette information figurera à compter du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012 dans les annexes.

Pour 2011, le Gouvernement s'était engagé à transmettre cette information à votre Rapporteuse pour qu'il puisse en être fait état dans le présent rapport. Le Gouvernement a respecté cet engagement et a fourni le tableau ci-dessous qui détaille les enveloppes anticipées dont la notification est autorisée en 2011 et 2012.

Enveloppes anticipées notifiées en 2011 et 2012 pour exécution les années suivantes : (montants en millions d'euros)	2012		2013		2014		Total d'EA notifiés	
	PA	PH	PA	PH	PA	PH	PA	PH
EA notifiée en 2011	20	48	0	69	0	84	20	201
EA notifiée en 2012	35	0	0	50	0	85	35	135
Total	55	48	0	119	0	169	55	336

Votre Rapporteuse souhaite attirer l'attention sur le fait que le plan Solidarité grand âge prend fin en 2012 : compte tenu du délai de création de places en EHPAD et en service de soins infirmiers à domicile, votre Rapporteuse estime que la réflexion sur le lancement d'un nouveau plan doit être engagée dès 2011.

5. L'aide à l'investissement

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

En 2009, un plan de 465 millions d'euros a ainsi été décidé (à hauteur de 344 millions d'euros pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et de 121 millions d'euros pour les personnes handicapées), dédié en partie aux structures accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Figurent dans la composition du plan 70 millions d'euros relatifs au plan de relance, 165 millions d'euros au titre des contrats de projets État-régions sur la période 2009 (30 millions d'euros) à 2013.

Le nouveau plan d'aide à l'investissement voté pour 2010 s'élève à 151 millions d'euros conformément à l'arrêté en date du 27 mai 2010, dont 121 millions d'euros en faveur des établissements pour personnes âgées (dont 42 millions d'euros au moins consacrés aux malades Alzheimer) et 30 millions d'euros pour les établissements pour personnes handicapées.

Pour 2011, il n'est pour l'instant prévu aucun programme d'aide à l'investissement ce qui est très regrettable. On peut espérer que les excédents constatés en fin d'année permettent l'ouverture d'un nouveau plan mais ce n'est pas acquis. Ce qui rend d'autant plus inacceptable la reprise de 100 millions d'euros opérée sur l'exécution 2010.

À moyen terme, votre Rapporteur est favorable, comme elle a pu l'indiquer dans le rapport d'information n° 2687 relatif à la CNSA, à un financement pérenne de l'aide à l'investissement, en prévoyant l'affectation d'une partie du produit de la contribution solidarité autonomie à la section du budget de la CNSA, et en majorant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie médico-social à due concurrence.

B. LES ACTIONS EN DIRECTION DES PERSONNES AGÉES

1. Le financement des établissements

a) La poursuite de la médicalisation

Depuis la réforme de la tarification de ces établissements lancée en 1997, l'objectif d'amélioration de l'encadrement, du suivi et de la qualité de vie des personnes âgées qui y résident repose sur la signature de conventions tripartites entre le département, l'État et l'établissement concerné. Ces conventions précisent les objectifs de qualité à garantir et à atteindre par l'établissement, en contrepartie desquels l'État et les départements s'engagent à augmenter les moyens alloués.

Le processus de médicalisation de seconde génération (« pathossification ») engagé en 2007 repose sur une évaluation des besoins de soins des résidents, qui est effectuée par les médecins coordinateurs des établissements ⁽¹⁾ à partir de la grille d'évaluation « PATHOS », et validée par les médecins conseils de l'assurance maladie. L'attribution des crédits au titre de la médicalisation, dans le cadre du nouveau mode de « tarification au GMPS ⁽²⁾ », requiert ensuite la signature ou le renouvellement des conventions tripartites.

(1) Dans les maisons de retraite médicalisées, les médecins coordonnateurs, dont les missions sont définies par le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005, sont notamment chargés d'organiser la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement.

(2) Groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré.

Votre Rapporteur se félicite des moyens importants dégagés en faveur de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, comme l'indique le tableau ci-après.

Les crédits d'assurance maladie engagés pour la médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes depuis 2004

(en millions d'euros)

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Crédits	245	219	244	266	128	146	1 248

Source : CNSA

Dans 90 % des établissements, le processus de médicalisation a ainsi conduit à accroître de 30 % la part financée par l'assurance maladie. Ces moyens ont permis aux établissements de recruter davantage de personnels.

Le processus de conventionnement ne permet cependant pas encore d'atteindre les objectifs fixés annuellement, comme l'illustre le tableau ci-après.

Les retards du processus de médicalisation : l'évolution du taux de conventionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes depuis 2004

		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médicalisation de 1^{re} génération	Cumul des places depuis 2000	314 028	390 000	440 553	513 673	549 253	551 893
	Taux de conventionnement	56 %	69 %	78 %	91 %	97 %	99,6 %
Médicalisation de 2nde génération (« pathossification »)	Cumul des places depuis 2006	-	-	2 706	75 192	158 712	254 815
	Taux de tarification au GMPS par rapport à la cible éligible à la fin de l'année <i>n</i>	-	-	4 %	51 %	64 %	45 %

Source : CNSA

Votre Rapporteur a longuement exposé dans le rapport de la mission d'information précité (pages 76 et suivantes) les nombreuses raisons qui expliquent le retard pris par ce processus de médicalisation et les démarches entreprises pour y remédier.

La prévision du nombre de places bénéficiant pour l'année 2010 des nouvelles modalités de tarification a été établie à hauteur de 96 800 (équivalent à la réalisation 2009) ce qui génère un effet d'extension en année pleine de l'OGD pour 2011 d'un montant de 67 millions d'euros. Pour 2011, la cible de places retenue est de 80 000 places avec un effet financier sur six mois en moyenne, soit 92 millions d'euros.

b) Les installations de nouvelles places

Les installations de places devant se réaliser en 2011, et financées en conséquence dans l'OGD pour 2011, correspondent aux prévisions des agences régionales de santé communiquées à la CNSA. Elles sont de deux natures :

– des installations de places autorisées et financées avant 2010, dont le financement était acquis mais a donné lieu à réfaction temporaire dans le cadre de l’OGD pour 2010. Ces installations donnent lieu à une première tranche de restitution des crédits s’élevant à 63,7 millions d’euros.

– des installations de places autorisées sur enveloppes anticipées notifiées en 2009 et 2010, dont le financement a été calculé sur six à neuf mois en moyenne, pour un montant total de 26 millions d’euros.

Le nombre total de places installées et financées correspond à :

Personnes âgées	Accueil de jour	1 309
	EHPAD	7 360
	Hébergement temporaire	757
	SSIAD	1 533
TOTAL		10 959

c) La poursuite du plan solidarité grand âge

Le plan Solidarité grand âge (PSGA), présenté le 27 juin 2006 par le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 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 anticiper les transformations 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 créant des places supplémentaires d’accueil pour les personnes âgées, notamment pour le maintien à domicile, dans le cadre d’un plan pluriannuel à cinq ans.

Concernant les établissements, outre les moyens importants alloués par la réforme de la tarification afin d’améliorer leur médicalisation, le plan affiche pour ambition de créer chaque année, entre 2007 et 2012, 5 000 places supplémentaires en EHPAD, soit un objectif global de 25 000 places sur la durée du plan.

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

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

Garantir le libre choix du domicile nécessite également de développer l'accompagnement des aidants et des formules de répit : le plan prévoit ainsi de créer, chaque année, 3 250 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Les tableaux ci-dessous retracent les objectifs et l'état d'avancement de l'installation des places de 2007 à 2009, sur les trois premières années d'exécution du plan.

Nombre de places à créer au titre 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	2 125	2 125	12 750
Hébergement temporaire	1 125	1 125	1 125	1 125	1 125	1 125	6 750
EHPAD	5 000	7 500	7 500	7 500	5 000	5 000	37 500
Total	14 250	16 750	16 750	16 750	14 250	14 250	93 000

Nombre de places créées

	Places autorisées sur enveloppe de mesures nouvelles 2007-2009			
	2 007	2 008	2 009	Total
SSIAD	4 323	4 486	4 107	12 916
AJ	865	1 305	1 117	3 287
HT	487	613	647	1 747
EHPAD	4 846	6 712	6 821	18 379
Total	10 521	13 116	12 692	36 329
	Places installées sur enveloppe de mesures nouvelles 2007-2009			
	2 007	2 008	2 009	Total
SSIAD	3 880	3 573	3 345	10 798
AJ	475	587	428	1 490
HT	254	250	162	666
EHPAD	2 791	2 027	1 489	6 307
Total	7 400	6 437	5 424	19 261

Pour 2010, le nombre de créations, tous types d'hébergement et de services confondus, a permis de prolonger et de consolider l'effort consenti les trois années précédentes et de garantir la bonne exécution du plan par la création de :

- 7 500 places nouvelles en EHPAD ;
- 6 000 places de soins infirmiers à domicile (soit 32 millions d'euros sur six mois) ;
- 2 125 places d'accueil de jour dont le financement intègre la prise en charge du transport du domicile au service d'accueil de jour (soit 12 millions d'euros sur six mois et une enveloppe de 7 millions d'euros au titre de la revalorisation de 30 % du forfait transport mis en place pour ce type d'accueil) ;
- 1 125 places d'hébergement temporaire (6 millions d'euros sur six mois).

Pour 2011, comme il est indiqué plus haut, le plan sera intégralement respecté, puisque 20 millions d'euros d'enveloppes anticipées seront autorisées pour 2011 et 35 millions d'euros pour 2012.

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

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

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

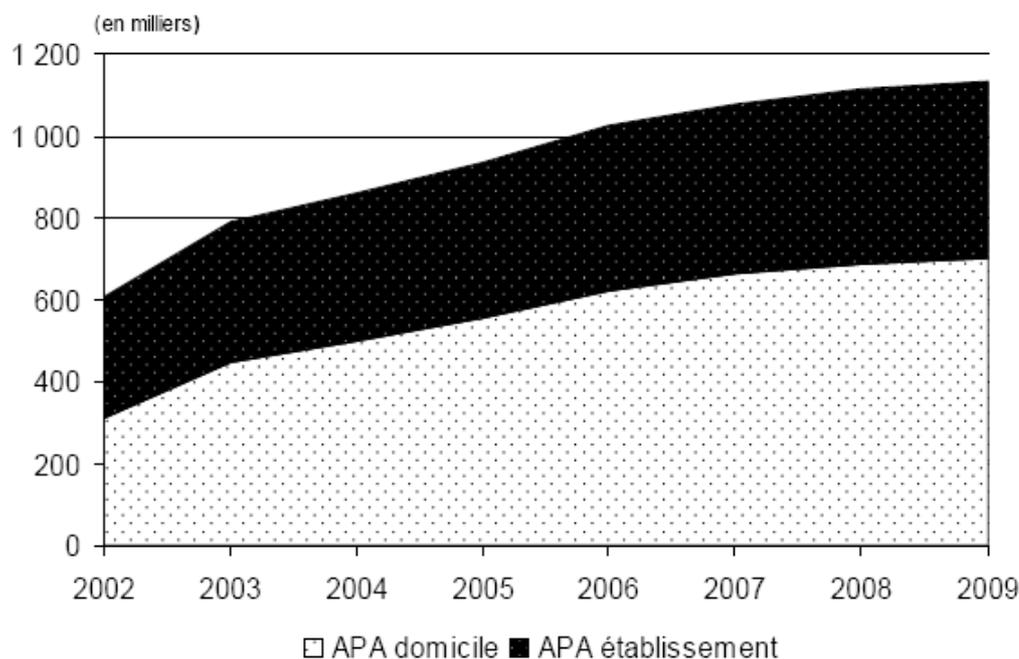
a) Une dépense toujours dynamique

1 136 000 personnes âgées dépendantes ont bénéficié de l'APA en décembre 2009, soit une augmentation de 1,9 % sur un an. La croissance du nombre de bénéficiaires connaît un ralentissement comparé à 2008 (+ 3,4 %).

Au 31 décembre 2009, 62 % des bénéficiaires vivaient à domicile et 38 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées. La répartition entre APA à domicile et en établissement a toutefois évolué depuis la création de l'allocation : en effet, la part des bénéficiaires de l'APA en établissement était de 46 % en 2003 (respectivement de 54 % pour les allocataires à domicile). La montée en charge de l'APA en établissement a été plus rapide que celle à domicile au moment de la mise en place de la prestation (de 2002 à

2003). Ceci pourrait s'expliquer par une volonté de prendre en charge le plus rapidement les personnes les plus dépendantes qui nécessitent d'être hébergées en institution. Par ailleurs, la montée en charge des soins à domicile a pu être retardée par la nécessité de développer les emplois répondant à ce type de prestation et de mettre en place des formations adaptées aux besoins. À partir de 2003, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a été nettement plus dynamique que celle des bénéficiaires de l'APA en établissement (+ 12 % en moyenne annuelle, contre + 5 %), dans un contexte où les pouvoirs publics cherchent à favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2002 et fin 2009, par type d'hébergement



Source : données DREES – mai 2010.

En 2009 néanmoins, pour la première fois, le nombre de bénéficiaires a cru légèrement plus en établissement qu'à domicile. Il s'agit d'une évolution importante, car les coûts unitaires de l'APA en établissement continuent à croître à un rythme plus soutenu qu'à domicile.

Dépense d'APA par bénéficiaire

(En million d'euros par mois)

	2007	2008	2009
Domicile	365	382	381
Établissement	298	336	345

Source : CNSA.

L'évolution de la structure des bénéficiaires par GIR fait apparaître certaines modifications : ainsi, alors que les bénéficiaires du GIR 4 représentaient 38 % du total en décembre 2002, celle-ci a augmenté pour atteindre 45 % à la fin de 2009. Dans le même temps, la proportion de bénéficiaires du GIR 1 connaît une baisse (de 11 % du total en 2003 à 8 % en 2009). De leur côté, les bénéficiaires du GIR 2 et 3 ont connu des évolutions moins marquées (légère baisse de la part des personnes classées en GIR 2 et 3). La prédominance des personnes en GIR 4 parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, c'est-à-dire des personnes « modérément dépendantes », peut s'expliquer par une volonté de maintien à domicile encouragée par les pouvoirs publics qui semble particulièrement adapté pour cette catégorie de bénéficiaires.

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

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

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

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

La fraction du produit de CSG a été fixée à 94 % en 2008, 2009 et 2010. Ce taux devrait être de 95 % en 2011.

	2009 réalisé		2010 prévisions		2011 prévisions	
	M€	%	M€	%	M€	%
Fraction des produits de CSG	1 033	- 2,1	1 049	1,5	1 076	2,6
Fraction des produits de CSA	441	- 3,9	450	2,1	464	3,0
Participation des régimes AV	66	1,2	67	1,8	68	1,3
Financement de la section 2	1 540	- 2,5	1 566	1,7	1 608	2,6

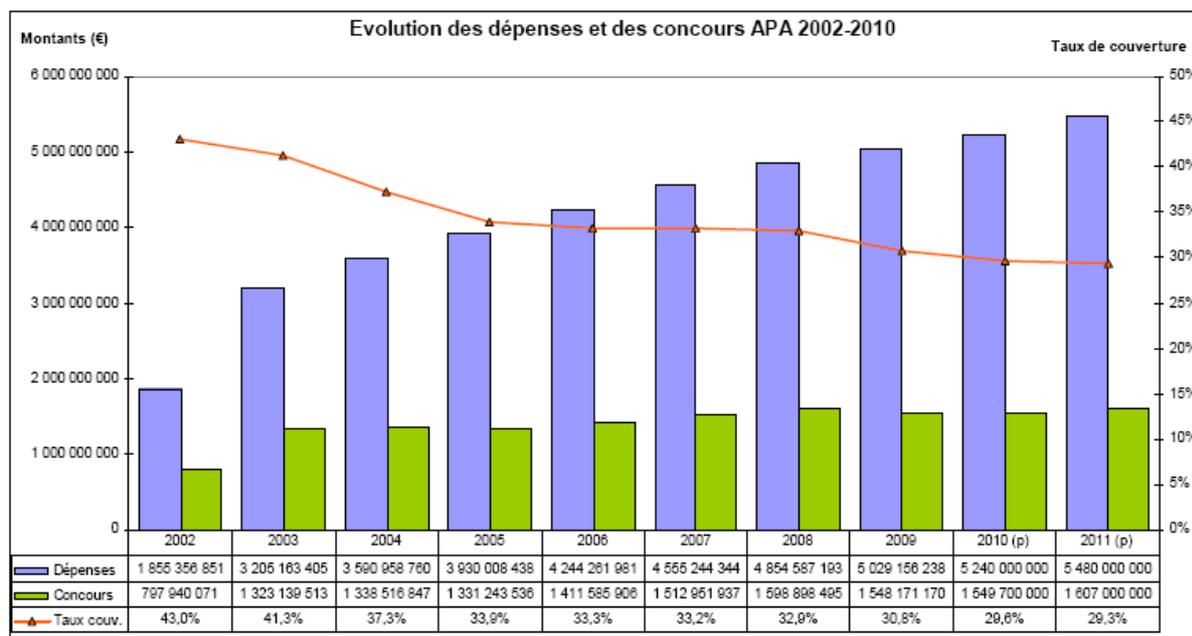
Le concours APA aux départements en 2011 devrait donc s'établir à 1 608 millions d'euros, soit + 3,7 % par rapport au budget rectifié 2010.

La prévision de dépense d'APA pour 2011 est basée sur une progression de +4,6 % légèrement supérieure à celle de 2010, ce qui conduirait à un montant de 5,48 milliards d'euros. Le taux de couverture diminuerait donc légèrement en 2011 : il serait de 29,3 % au lieu de 29,6 % prévu en 2010.

Hypothèses d'évolution annuelles pour 2010 et 2011

	2009	2010	2011
Nombre bénéficiaires domicile	1,7 %	2 %	2 %
Nombre bénéficiaires établissement	2,1 %	2 %	2 %
Coût par bénéficiaire domicile	0,7 %	0,5 %	1 %
Coût par bénéficiaire établissement	7 %	6 %	5 %

L'évolution des dépenses respectives des départements et de la CNSA et du taux de couverture est retracée dans le graphique ci-dessous :



3. Le plan Alzheimer

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

Le Plan Alzheimer comporte 3 axes - améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir, se mobiliser pour un enjeu de société –, onze objectifs et quarante-quatre mesures. Un certain nombre de ces mesures concernent le champ médico-social et retentissent directement sur la vie quotidienne des malades et de leur entourage.

a) Objectif n°1 : Apporter un soutien accru aux aidants

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

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

Un état des lieux des dispositifs existants a mis en évidence les difficultés de fonctionnement des accueils de jour et il a été décidé de faire évoluer ce dispositif. Les nouvelles modalités de leur fonctionnement ont été précisées dans une circulaire du 25 février 2010 qui fixe notamment une capacité minimale (six places pour les accueils de jour adossés à un EHPAD et dix places pour un accueil de jour autonome) et prévoit la majoration du forfait 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.

Au-delà de la création de places dans le cadre de ces deux types de dispositifs, le plan Alzheimer prévoit une expérimentation et une évaluation de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux et les malades visant à offrir sur un même territoire toute une palette de formules (accueil de jour, répit à domicile, ateliers de réhabilitation, rencontres d'aidants, groupes de parole, sorties accompagnées...), afin de déterminer ce qui est le plus profitable à la fois pour l'aidant et la personne malade.

À la suite d'un appel à projets, onze sites ont été retenus sur une centaine de candidatures, pour expérimenter cette nouvelle formule.

Un deuxième appel à projets a été lancé le 15 février 2010 pour accompagner, évaluer et modéliser des formules de répit encore très peu développées sur le territoire. Dix-huit candidats ont été retenus. Enfin, une convention relative au soutien psychologique des aidants a été signée le 22 juin 2010 entre France Alzheimer et la CNSA.

Pour 2011, un guide pour la création de centres d'accueil de jour et l'ouverture de places de répit sera élaboré, pour lever certains freins aux initiatives, en partenariat avec les associations et fondations. La rédaction de ce guide sera réalisée après l'évaluation actuellement en cours des plateformes de répit et d'accompagnement.

Un financement de 8 millions d'euros est prévu en 2011 par redéploiement du financement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire afin de créer 75 plateformes de répit et d'accompagnement.

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

L'une des principales conséquences de la maladie d'Alzheimer est une détérioration de l'état de santé des proches de la personne malade et une dégradation de leur qualité de vie. La prise en charge quotidienne des malades est d'autant plus difficile que les aidants ne sont pas formés. Il convient donc de leur apporter les connaissances nécessaires à la compréhension des difficultés du malade, au maintien de la relation sociale et affective et à l'adaptation de l'environnement.

Le plan Alzheimer prévoit deux jours de formation par an pour chaque aidant familial, afin d'aider les familles à construire un projet de vie avec la personne devenue malade. Ces formations doivent porter notamment sur la relation d'aide, les techniques de prise en charge, la communication non verbale et la gestion du stress.

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

Une convention nationale relative à la formation des aidants entre la CNSA et France Alzheimer a été signée le 24 novembre 2009. La formation a démarré à la fin du deuxième semestre 2009 et bénéficie des cofinancements de la section IV du budget de la CNSA. D'ores et déjà, un millier d'aidants a bénéficié de cette formation.

b) Objectif n°2 : Renforcer la coordination de tous les intervenants

➤ **Mesure n°4 : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer**

Trop souvent, les personnes atteintes de la maladie et leurs familles ont l'impression de ne pas être assez accompagnées après l'annonce du diagnostic, puis dans les différentes étapes de la maladie. L'enjeu est de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues devant une multitude de dispositifs mal articulés et cloisonnés.

Il convient de favoriser « l'intégration » des dispositifs par une réelle coordination des acteurs et des financeurs dans le but de simplifier la vie

quotidienne des malades, d'améliorer le bien-être des aidants et d'apporter les meilleurs soins et services pour tous. Pour cela, le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la création de « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) », fédérant le réseau des acteurs de proximité et coordonnant leurs actions autour du malade. À la suite d'un appel à candidatures, dix-sept projets ont été retenus. Cent quarante autres sont associés à l'expérimentation via un club de volontaires sous la conduite de l'équipe projet nationale. Les premières expérimentations de ces maisons ont débuté en 2009 et se prolongeront en 2011, avant leur labellisation définitive.

Au 1^{er} juin 2010, 652 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont été prises en gestion dans le cadre de l'expérimentation.

L'année 2011 sera celle d'une généralisation progressive du dispositif grâce à la création de 35 maisons supplémentaires qui s'ajouteront aux dix-sept sites fonctionnant déjà dans le cadre de l'expérimentation.

➤ ***Mesure n°5 : Mise en place de coordonnateurs/gestionnaires de cas au sein des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer***

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

À l'issue du plan, il est prévu la création de 1 000 postes de gestionnaires de cas, élaborant un plan de services personnalisé et organisant la prise en charge multidisciplinaire adaptée à chacun. Le gestionnaire de cas sera le correspondant unique du médecin traitant et le porte-parole de la personne malade et de son entourage.

Actuellement, 53 personnes suivent une formation de gestionnaires de cas à l'Université Paris V René Descartes. L'objectif pour la fin 2010 est de former 70 personnes à la gestion de cas dans cette université. En lien avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et certaines universités, la formation à la gestion de cas est proposée depuis la rentrée 2010 dans d'autres universités.

c) Objectif n°3 : Choisir et développer le soutien à domicile

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

Si la prise en charge de la dépendance physique est globalement maîtrisée, la dépendance psychique n'est pas suffisamment prise en compte et les activités de réhabilitation des capacités motrices et cognitives du malade ne sont pas assez développées au domicile. L'une des mesures du plan prévoit donc un renforcement à domicile de l'offre de services de soins adaptés. Le

recrutement d'un personnel spécialement formé – une compétence d'assistant de soins en gérontologie est créée – et la possibilité de recourir à un ergothérapeute ou un psychomotricien sont les gages d'une véritable amélioration de la prise en charge à domicile.

Ces interventions à domicile pour délivrer une prestation d'accompagnement des malades et de stimulation de leurs capacités restantes seront rendues possibles par la création d'équipes spécialisées composées d'assistants de soins en gérontologie et d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des services polyvalents d'aides et de soins à domicile (SPASAD) ou dans le cadre d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

40 équipes spécialisées réparties sur l'ensemble du territoire ont été sélectionnées en 2009, en guise de préfiguration des conditions de leur généralisation d'ici 2012. Les expérimentations ont débuté le 1^{er} septembre 2009.

Une évaluation des expérimentations des équipes spécialisées Alzheimer assurant une prestation de soins d'accompagnement et de réhabilitation a été réalisée de janvier à juin 2010, sur la base d'outils d'évaluation élaborés par la direction générale de la cohésion sociale en lien avec l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Actuellement, plus de 1 200 personnes sont prises en charge à domicile par ces 40 équipes spécialisées. Une étude d'impact des soins réalisés est en cours.

En 2010, des crédits ont été dégagés (25 millions d'euros) pour financer le fonctionnement de 166 équipes spécialisées, à hauteur de 150 000 euros par équipe. Il est prévu de financer une tranche équivalente de 166 équipes spécialisées en 2011 et 2012, pour disposer de 500 équipes fin 2012 à échéance du plan.

d) Objectif n°5 : Améliorer l'accueil en établissement

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

Pour faire face à l'insuffisante capacité d'adaptation des EHPAD à des prises en charge différenciées et évolutives en fonction de la gravité de l'état des malades, il apparaît nécessaire d'adapter les modalités de leur organisation aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, seul moyen d'éviter les hospitalisations répétées et indues.

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

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

– des unités d'hébergement renforcées (UHR) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour douze à quatorze personnes, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités.

À ce jour, plus de 532 dossiers de PASA et 238 dossiers d'UHR sont parvenus aux agences régionales de santé. 53 dossiers de PASA et neuf dossiers d'UHR sont en attente d'une visite sur site pour leur éventuelle labellisation.

Une journée nationale d'information sur ces deux structures s'est tenue le 15 avril 2010 à Paris pour les porteurs de projet et les agences régionales en présence du ministre du travail, de la ministre de la santé et de la secrétaire d'Etat chargée des aînés.

Les financements 2010 sont reconduits en 2011 et 2012 : pour chacune des trois années, 38 millions d'euros sont budgétés pour permettre le développement de 8 333 places de PASA par an, conformément aux objectifs du plan de création de 25 000 places d'ici fin 2012. En outre, 35 millions d'euros sont consacrés au développement des UHR et permettent le financement de la totalité de la cible à atteindre pour le secteur médico-social, soit 1 670 places sur un total de 5 000 fin 2012, les 3 350 places restantes relevant du champ sanitaire et des unités de soins de longue durée redéfinies.

C. LES ACTIONS EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Votre Rapporteuse rappelle qu'une partie seulement des politiques en faveur des personnes handicapées transite par la CNSA. Une part importante (plus de 9,8 milliards d'euros) est issue du budget de l'État et, plus précisément, du programme « *Handicap et dépendance* » de la mission « *Solidarité, insertion et égalité des chances* » qui finance l'allocation adulte handicapé et les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Votre Rapporteuse vous renvoie au rapport de M. Paul Jeanneteau pour une analyse détaillée de ces crédits.

1. La création de nouvelles places : le respect du plan Handicap

Lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008, le Président de la République a annoncé le lancement d'un nouveau plan pluriannuel de création de places au profit des personnes les plus lourdement handicapées. Il prévoit la création de 41 450 places financées par l'assurance maladie auxquelles s'ajoutent 10 000 places d'ESAT financées par des crédits d'État.

S'ajoutent aux places d'établissements et de services la création et le financement de nouveaux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), de centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et de centres de ressources.

Cette programmation prévue sur cinq ans, avec un financement échelonné sur sept ans au regard des délais de mise en œuvre, s'inscrit dans le cadre de la pluriannualité budgétaire.

Le tableau suivant rappelle les prévisions du plan :

(En millions d'euros)

Programmation de places nouvelles PH	total places 2008-2014	total montants 2008-2014
<u>Mesure enfance</u>		
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)	1 550	75,470
Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)	7 250	126,97
Établissements pour polyhandicapés	700	36,34
Établissements pour autistes	1 500	77,44
Établissements déficients intellectuels	1 000	35,17
Centre ressources		10,35
CAMSP		33,06
CMPP		19,80
Accueil temporaire	250	10,36
Total enfance	12 250	424,97
<u>Mesures adultes</u>		
MAS 35% / FAM 65 %	13 000	544,36
médicalisation FAM/FV/FO	2 500	59,91
Accueil temporaire	800	33,12
SAMSAH et SSIAD	12 900	177,90
ESAT	10 000	208,60
Total adultes	39 200	1 023,91
Total enfants Adultes	51 450	1 448,88

Source : direction générale de la cohésion sociale

a) L'exécution du plan au 31 décembre 2009 pour les établissements et services financés par l'objectif global de dépenses médico-sociales

Selon les données fournies par la CNSA, ce sont près de 28 % de la totalité des places prévues par le plan qui ont été autorisées (places autorisées / places financées ou notifiées) en deux ans sur l'ensemble du champ des enfants et des adultes handicapés financé par l'OGD, soit près de 12 000 places.

	Places autorisées et taux d'autorisation¹							
	Établissements		Services		Autres ESMS		Total autorisés	
	places	%	places	%	places	%	places	%
Adultes	4 037	85,30	3 050	90,10	274	282,50	7 361	89,60
Enfants	1 480	94,10	2 590	87,30	148	83,10	4 218	89,40
Total PH	5 517	87,50	5 640	88,80	422	153,50	11 579	89,60

¹ taux d'autorisation = places autorisées/places notifiées

Source : direction générale de la cohésion sociale

Pour les années 2008 et 2009, le taux d'exécution ou d'installation (places installées/places autorisées) est relativement élevé puisqu'il est d'environ 60 %.

Toutefois il y a des écarts significatifs entre les secteurs enfants et adultes. En effet, le taux d'installation s'élève à 75 % pour les enfants alors qu'il n'est que de 50 % pour les adultes. Ceci s'explique vraisemblablement par la proportion plus importante des services au sein de l'enveloppe « enfance handicapée », dont l'installation est plus rapide.

	Places installées et taux d'exécution²							
	Établissements		Services		Autres ESMS		Total installées	
	places	%	places	%	places	%	places	%
Adultes	1 432	30,30	2 512	74,20	224	230,90	4 168	50,70
Enfants	1 029	65,40	2 381	80,30	136	76,40	3 545	75,20
Total PH	2 461	39,00	4 893	77,10	360	130,90	7 713	59,70

² taux d'exécution = places installées/places autorisées

Source : direction générale de la cohésion sociale

Le taux de consommation des enveloppes (crédits engagés/crédits notifiés) est de 43,5 %. On note également une disparité dans les taux de consommation entre les deux secteurs puisque 66 % des crédits pour l'enfance handicapée ont été consommés alors que moins de 30 % des crédits notifiés l'ont été pour le secteur des adultes.

	Montants engagés					Montants consommés				
	Établissements	Services	CAMSP-CMPP	Autres ESMS	Total engagé	Établissements	Services	CAMSP-CMPP	Autres ESMS	Total consommé
Adultes	167,0	33,6		2,9	203,5	43,6	26,6		1,06	71,23
Enfants	62,1	45,6	12,3	5,9	125,9	39,4	41,3	9,9	5,54	96,09
Total PH	229,1	79,2	12,3	8,8	329,4	83,0	67,8	9,9	6,6	167,3

Source : direction générale de la cohésion sociale

b) Les mesures nouvelles 2010

Pour l'année 2010, dans le cadre de l'OGD, la CNSA a notifié au total 4 261 places, pour un montant de 165,20 millions d'euros, soit :

En direction des enfants et adolescents :

	Montants	Places
Centres d'action médico-sociale précoce	4 212 457,00 €	
Centres médico-psycho-pédagogiques	1 573 793,00 €	
Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile	17 259 254,00 €	943
Instituts médico-éducatifs autistes	22 102 613,00 €	468
Instituts médico-éducatifs polyhandicapés	5 526 320,00 €	95
Instituts médico-éducatifs déficients intellectuels	2 367 762,00 €	54
Instituts éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques	7 739 321,00 €	171
Accueil temporaire	483 570,00 €	10
Besoins spécifiques (non fléchés par les plans)	4 640 844,00 €	116
Total	65 905 934,00 €	1858

Source : direction générale de la cohésion sociale

En direction des adultes :

	Montants	Places
Maisons d'accueil spécialisé	66 404 137 €	892
Foyers d'accueil médicalisé	19 493 382 €	759
Médicalisation de foyer de vie	4 665 238 €	204
Services d'accompagnement médico-social adultes handicapés / Services de soins infirmiers à domicile	6 010 887 €	500
Accueil temporaire	1 731 843 €	37
Besoins spécifiques (non fléchés par les plans)	990 883 €	11
Total	99 296 370 €	2 403

Source : direction générale de la cohésion sociale

c) Les prévisions de crédits de paiement pour l'année 2011

Comme dans le secteur des personnes âgées, les installations de places devant se réaliser en 2011 et financées en conséquence dans l'OGD pour 2011 correspondent aux prévisions des agences régionales de santé communiquées à la CNSA. Elles sont de deux natures :

– des installations de places autorisées et financées avant 2010, dont le financement était acquis mais a donné lieu à réfaction temporaire dans le cadre de la construction de l'OGD pour 2010 ; ces installations donnent lieu à une première tranche de restitution de crédits s'élevant à 96 millions d'euros ;

– des installations de places autorisées sur enveloppes anticipées notifiées en 2009 et 2010, dont le financement a été calculé sur neuf mois en moyenne pour un montant total de 56 millions d'euros.

Le nombre total de places installées et financées correspond à 4 497 places au total réparties entre :

Adultes	Accueil temporaire adultes handicapés	105
	Foyers d'accueil médicalisé	1 698
	Maisons d'accueil spécialisé	969
	Médicalisation foyers de vie	138
	Services d'accompagnement médico-social adultes handicapés / Services de soins infirmiers à domicile	410
	Services d'accompagnement médico-social adultes handicapés psy	131
	Total Adultes	3 451
Enfants	Accueil temporaire enfants handicapés	10
	Institut médico-éducatif Autisme	149
	Centres d'action médico-sociale précoce	nc
	Centres médico-psycho-pédagogiques	nc
	Instituts médico-éducatifs Déficience Intellectuelle	91
	Instituts éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques	104
	Instituts médico-éducatifs Polyhandicap	15
	Services d'éducation médicalisée et de soins à domicile	677
Total Enfants	1 046	

Source : direction générale de la cohésion sociale

d) Les prévisions d'autorisations d'engagement en 2011

Pour les années suivantes, le plan Handicap sera intégralement respecté concernant les autorisations de places : 201 millions d'euros d'autorisations d'engagement seront notifiées en 2011, dont 48 millions pour une ouverture en 2012, 69 millions pour une ouverture en 2013 et 84 millions pour une ouverture en 2014.

2. Le financement de la prestation de compensation du handicap

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

a) Dynamique de la prestation

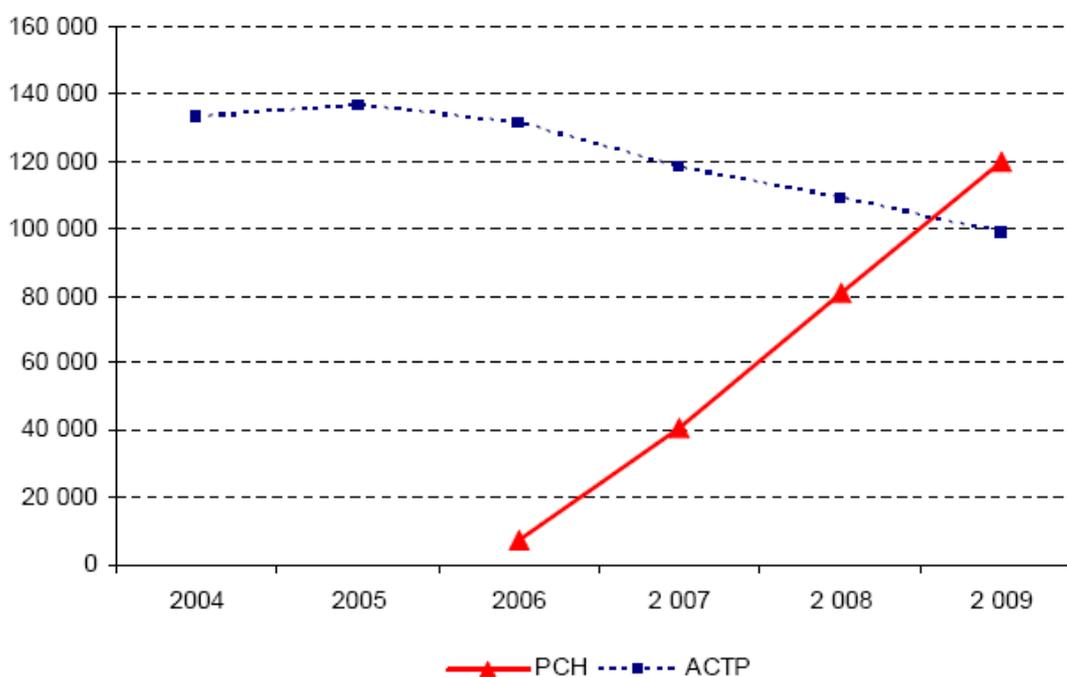
Depuis sa mise en place, la PCH a connu une évolution dynamique du nombre de ses bénéficiaires, qui se poursuit encore sur 2009. La CNSA estime à environ 143 300 le nombre de demandes en 2009, soit une progression de 42,4 % par rapport à l'année précédente. La CNSA évalue le nombre moyen de demandes déposées chaque mois à 11 900, ce qui est nettement supérieur au nombre de demandes moyen mensuel déposé les années précédentes : 8 400 en 2008, 7 000 en 2007.

En décembre 2009, près de 120 000 personnes bénéficient d'un accord pour la PCH en France métropolitaine et dans les DOM, soit une augmentation de 50 % des effectifs en un an selon des données provisoires de la DREES. Ces bénéficiaires concernent deux types de populations :

- des personnes qui percevaient auparavant l'allocation compensatrice tierce personne et qui ont opté, comme la loi le leur permet, pour la PCH ;
- des personnes qui ont eu des droits ouverts à la PCH sans n'avoir jamais été bénéficiaires de l'allocation compensatrice.

Sur l'année 2009, l'allocation compensatrice perd 10 % de bénéficiaires. Les sorties du dispositif peuvent être dues aux personnes optant pour l'APA (pour les plus de 60 ans) ou bien celles optant pour la PCH, aux décès, ou encore aux personnes ne remplissant plus les critères d'obtention lors du renouvellement de la prestation. Au total, le nombre de personnes bénéficiant de la PCH ou de l'allocation compensatrice croît de 15 % sur 2009.

Évolution du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP entre 2004 et 2009



Source : DREES - enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale - données au 31/12 de chaque année - données 2009 provisoires.

Au final, on peut estimer que la montée en puissance de cette prestation est pratiquement achevée dans certains départements, alors qu'elle est encore en cours dans d'autres départements pour lesquels on peut donc s'attendre à une poursuite de la progression.

b) Les dépenses couvertes par la CNSA

Le montant du concours de la CNSA à la PCH est calculé sur la base d'une fraction comprise entre 26 % et 30 % des recettes de la contribution solidarité autonomie. Cette fraction est de 26 % depuis 2008 et elle serait maintenue à ce taux en 2011 ce qui permettrait un concours PCH à hauteur de 522,2 millions d'euros.

Par ailleurs, même si la prévision reste aléatoire face à des situations départementales hétérogènes, on se dirigerait vers une progression moins prononcée en 2011 que les années précédentes qui pourrait être de l'ordre de +15 %, ce qui conduirait à des dépenses proches de 1 250 millions d'euros (dont 1 160 millions pour la PCH adulte et 90 millions pour la PCH enfants).

Le tableau ci-dessous récapitule les dépenses de PCH, d'allocation compensatrice et le concours de la CNSA :

	2007	2008	2009	2010 p	2011 p
PCH adultes	277	565	802	1 000	1 160
évolution annuelle		104%	42%	25%	16%
PCH enfants		4	42	80	90
Total PCH	277	569	844	1 080	1 250
ACTP	683	630	580	540	500
Concours CNSA	533	550	510	506	522
taux de concours	192%	97%	60%	47%	42%
<i>taux de concours net de la diminution d'ACTP</i>		110%	70%	55%	50%

Millions euros

Source : CNSA

3. Le financement des maisons départementales des personnes handicapées

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

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

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

Leur mise en place a été compliquée et de nombreuses difficultés de fonctionnement sont apparues. La proposition de loi déposée par le sénateur Paul Blanc comprend différentes dispositions destinées à améliorer le fonctionnement des MDPH, notamment en leur apportant une visibilité financière, en favorisant la stabilité du personnel, en prévoyant un système de mise à disposition contre remboursement et en allongeant la durée de mise à disposition et la durée de préavis des agents mis à disposition par l'État.

En outre, la proposition de loi comprend de nouvelles garanties sur la gouvernance des maisons départementales en instaurant un triple mécanisme conventionnel :

- les conventions constitutives qui déterminent la nature des apports de chacun,

– des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens signées de façon triennale entre la maison départementale et les membres du groupement d'intérêt public,

– des avenants financiers annuels.

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

Pour 2008 et 2009, le concours représentait 45 millions d'euros. Une contribution supplémentaire de 15 millions d'euros a été retenue pour l'année 2009, qui a été confirmée par le budget modifié 2010. Une enveloppe de 60 millions d'euros est également prévue en 2011.

EXAMEN DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

La commission a procédé à l'examen des articles relatifs au secteur médico-social au cours de sa deuxième séance du mercredi 20 octobre 2010.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article additionnel après l'article 42

Financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

Elle examine ensuite l'amendement AS 444 de la rapporteure Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le secteur médico-social. Par cet amendement, il s'agit de simplifier et de sécuriser le financement des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

*La Commission **adopte** l'amendement AS 444.*

Article additionnel après l'article 42

Groupements de coopération sociale ou médico-sociale

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission **adopte** l'amendement AS 393 de M. Yves Bur.*

Après l'article 42

Elle examine ensuite l'amendement AS 229 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Il s'agit de supprimer le dispositif transitoire prévu pour la première autorisation délivrée aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et aux centres

d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) en raison de l'instabilité juridique induite.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Cet amendement s'inscrivant dans un débat plus large, je vous propose d'attendre les résultats d'une mission commune à l'Assemblée nationale et au Sénat sur les toxicomanies afin d'en examiner les préconisations. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 229.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 259 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Nous proposons de modifier une disposition créée par la loi dite « HPST » concernant les règles de création et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux. En effet, en cas d'excédent du seuil de 15 places ou de 30 % des places déjà autorisées, une réponse à appel à projet est impérative, ce qui ne manque pas de compliquer le fonctionnement des établissements.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Avis défavorable, cet amendement soulevant un problème juridique puisqu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ne peut valablement prévoir l'ouverture de plus de quinze places.

La Commission rejette l'amendement AS 259.

Elle examine ensuite les amendements AS 311 de Mme Jacqueline Fraysse et AS 254 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Jacqueline Fraysse. Je propose de rendre facultative la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, dès lors que la personne morale gestionnaire gère un ensemble d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux dépassant certains seuils.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. L'objectif de notre amendement est identique : les conventions tripartites permettent de suivre des projets de manière beaucoup plus souple.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Avis défavorable à ces deux amendements, la généralisation des contrats constituant une avancée importante de la loi dite « HPST » en permettant aux opérateurs de bénéficier d'une vision pluriannuelle des moyens dont ils disposent et de s'engager dans une discussion contractuelle avec les financeurs.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Les contrats pluriannuels ont pu apparaître comme une avancée, mais ce sont leurs limites qui, aujourd'hui, sautent aux yeux puisqu'ils imposent aux promoteurs ou à l'association

gestionnaire des règles qui peuvent être modifiées à tout moment par les financeurs.

La Commission rejette les amendements AS 311 et AS 254.

Elle est ensuite saisie des amendements AS 253 de Mme Martine Carrillon-Couvreur et AS 251 de Mme Danielle Hoffman-Rispal.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Mon amendement vise à abroger l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui a réformé profondément la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et, notamment, celle propre à ceux d'entre eux hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Outre que ces mesures ont considérablement impacté la réglementation tarifaire des EHPAD – puisque deux arrêtés sont déjà parus et un projet de décret tarifaire est en cours de discussion avec la direction générale de la cohésion sociale –, les organisations représentatives du secteur médico-social déplorent l'ampleur des conséquences de cette réforme dont les principes n'ont pas été discutés.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. L'amendement AS 251 tend à supprimer le dispositif de convergence tarifaire réalisé à marche forcée dans les établissements médico-sociaux et, notamment, les EPHAD. En effet, lorsque les dotations de soins dépassent le plafond – lequel, depuis la loi de financement pour 2009, est fixé par une circulaire – ces dernières sont diminuées, entraînant parfois de véritables catastrophes. À cela s'ajoute que les taux d'encadrement en personnel soignant restent insuffisants puisque le Plan Solidarité grand âge préconisait un soignant pour un patient quand on n'en dénombre aujourd'hui en moyenne que 0,5.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Avis défavorable, la convergence tarifaire vise à favoriser une meilleure allocation des ressources au plus près des besoins des territoires. Elle doit en particulier garantir que toute personne âgée souffrant d'un niveau de dépendance équivalent puisse bénéficier d'un même financement au titre du forfait, quel que soit l'établissement fréquenté. J'ajoute que moins de 10 % des établissements se situent au-dessus des tarifs plafonds et qu'ils disposent de sept ans pour réduire leurs charges ou accepter de nouvelles missions. Enfin, s'ils adoptent les mesures prévues dans le cadre du plan Alzheimer, ils ne sont pas soumis à ce tarif plafond.

La Commission rejette les amendements AS 253 et AS 251.

Puis elle examine les amendements AS 153 de M. Jean-Luc Prével et AS 318 de Mme Jacqueline Fraysse.

M. Jean-Luc Prével. La loi dite « HPST » prévoit la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens aux associations gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées. S'il est bon que cette

politique de contractualisation les renforce en leur qualité de gestionnaires, les associations gestionnaires d'établissements et services d'aide par le travail doivent pouvoir mutualiser les financements qui leur sont alloués pour leur fonctionnement.

Mme Jacqueline Fraysse. S'agissant de l'amendement AS 318, je développerai mes arguments lors de la séance publique.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Avis défavorable, les tarifs s'appliquant établissement par établissement.

M. Jean-Luc Prél. Comment faire, dès lors, pour responsabiliser l'association gestionnaire ?

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Ce sont les établissements qui doivent être responsabilisés.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Précisément, dans le cadre des contrats pluriannuels, les associations peuvent organiser une mutualisation dans certains domaines et établissements, notamment lorsque ces derniers sont organisés en pôles.

La Commission rejette les amendements AS 153 et AS 318.

Article additionnel après l'article 42

Écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires

La Commission examine les amendements AS 391 de M. Yves Bur, AS 73 et AS 75 de M. Dominique Tian, AS 242 de Mme Marisol Touraine et AS 392 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. L'amendement AS 391 vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de la fiscalité.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Notre amendement 242 vise à établir sur des bases objectives les conditions dans lesquelles il est nécessaire d'intégrer ces écarts de coûts dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux.

Un rapport du Gouvernement a bien été transmis au Parlement le 15 octobre mais il n'aborde la question que partiellement et met en évidence la nécessité d'analyser les écarts de structure de qualification.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. La problématique de la différence de charges entre le secteur public et le secteur

privé a déjà été discutée dans le volet sanitaire du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Les nouvelles modalités de tarification des EHPAD se fondent sur les besoins des personnes accueillies et non sur les charges des établissements. Par ailleurs, les différences de charges vont dans les deux sens : les cotisations sociales sont plus élevées dans le privé mais les établissements publics ne peuvent pas récupérer la TVA. Nous avons donc besoin d'être éclairés.

Je donnerai par conséquent un avis défavorable aux amendements AS 391 et AS 73 mais un avis favorable à l'amendement AS 242, sous réserve que le rapport en question soit demandé au Gouvernement et non à l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances. M. Bur et M. Tian pourraient s'y rallier et le cosigner.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'amendement AS 242 est ainsi rectifié : les mots « *par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances* » sont remplacés par les mots « *par le Gouvernement* ».

La Commission rejette l'amendement AS 391, puis elle adopte l'amendement AS 242 rectifié.

Les amendements AS 73, AS 75 et AS 392 n'ont plus d'objet.

Article additionnel après l'article 42

Construction de l'objectif global de dépenses des établissements et services médico-sociaux

La Commission en vient aux amendements identiques AS 69 de M. Dominique Tian et AS 106 de M. Guy Malherbe.

M. Guy Malherbe. Une sous-consommation des crédits des établissements et services médico-sociaux a été constatée. L'objectif global de dépense doit donc être clarifié.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Ces amendements sont intéressants, ils soulèvent un problème réel, mais nous ne sommes pas sûrs de disposer des systèmes d'information nécessaires. Je donne un avis favorable, mais il faudra en rediscuter en séance publique avec le Gouvernement.

La Commission adopte les amendements AS 69 et AS 166.

Article additionnel après l'article 42

Contrats-types pour les médecins libéraux exerçant en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

Elle est saisie des amendements AS 447 de la rapporteure, et AS 394 de M. Yves Bur.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Cet amendement a pour objet de sécuriser l'élaboration des contrats types entre les EHPAD et les médecins libéraux qui y interviennent. Cela s'avère essentiel pour renforcer le rôle du médecin coordinateur et accompagner la médicalisation des établissements.

M. Yves Bur. Je retire mon amendement AS 394 et cosigne celui de Bérengère Poletti.

La Commission adopte l'amendement AS 447.

Article additionnel après l'article 42

Présomption de non-salariat pour les professionnels libéraux exerçant en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

Elle examine ensuite l'amendement AS 445 de Mme la rapporteure.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Il s'agit d'éviter la requalification en travail salarié d'interventions de médecins libéraux dans les EHPAD, les charges sociales étant différentes.

La Commission adopte l'amendement AS 445.

Article additionnel après l'article 42

Prolongation de l'expérimentation sur la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des établissements

La Commission en vient aux amendements AS 241 de Mme Danielle Hoffman-Rispal, AS 443 de la rapporteure, AS 472 de M. Jean-Pierre Door, AS 65 de M. Dominique Tian, AS 126 de M. Jean-Luc Prével, AS 338 de M. Jean-Marie Rolland, AS 66 de M. Dominique Tian, AS 102 de M. Guy Malherbe, AS 151 de M. Jean-Luc Prével, AS 240 de Mme Danielle Hoffman-Rispal, AS 310 de Mme Jacqueline Fraysse, AS 67 de M. Dominique Tian et AS 152 de M. Jean-Luc Prével, qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. La réintroduction des médicaments dans la dotation soins des EHPAD, expérimentée depuis deux ans, pose un gros souci aux établissements, qui ne maîtrisent pas la facture et sont incapables d'en prévoir le montant global, les médicaments étant généralement

prescrits par des médecins libéraux. D'autant que ceux-ci essaient de nouveaux traitements, notamment pour traiter les maladies de type Alzheimer. L'idée serait d'attendre, afin d'y voir un peu plus clair, avant de mettre définitivement cette mesure en œuvre.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Cette série d'amendements concerne l'intégration du médicament dans le forfait soins. En 2009, nous avons adopté le principe d'une expérimentation préalable à la généralisation de la mesure. Cette expérimentation est en cours depuis moins de deux ans, d'autant qu'elle a commencé en retard, et le bilan d'étape réalisé récemment a mis en lumière un certain nombre de difficultés. C'est pourquoi il semble indispensable de prolonger l'expérimentation. Tel est l'objet de mon amendement AS 443, qui, je crois, satisfera tous les autres, hormis l'amendement AS 241, sur lequel j'émetts un avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 241.

Puis elle adopte l'amendement AS 443.

Les amendements AS 472, AS 65, AS 126, AS 338, AS 66, AS 102, AS 151, AS 240, AS 310, AS 67 et AS 152 n'ont plus d'objet.

Après l'article 42

La Commission est saisie des amendements identiques AS 68 de M. Dominique Tian et AS 104 de M. Guy Malherbe.

M. Guy Malherbe. Il s'agit de prendre en compte les conséquences financières de la prolongation de l'expérimentation du forfait soins dans les EHPAD.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Ces amendements, satisfaits par celui que nous venons d'adopter, sont inutiles.

La Commission rejette les amendements AS 68 et AS 104.

Puis elle examine l'amendement AS 105 de M. Guy Malherbe.

M. Guy Malherbe. Il s'agit de reporter au 1^{er} janvier 2013 l'entrée en vigueur de l'autorisation faite aux groupements de coopération sociale et médico-sociale de gérer une pharmacie à usage intérieur pour plusieurs établissements, toujours pour tenir compte de la prolongation de l'expérimentation.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. La gestion des pharmacies à usage interne sous forme de groupement de coopération est une question bien distincte de celle de l'expérimentation de l'intégration des médicaments. Lors du vote de cette mesure, l'an dernier, nous

avons déjà décalé l'entrée en vigueur d'un an ; il ne semble pas utile de la repousser encore. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 105.

Article additionnel après l'article 42

Modalités de calcul du forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Elle en vient à l'amendement AS 442 de la rapporteure.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le médico-social. Il convient de préciser qu'il revient désormais aux médecins des agences régionales de santé de valider les « coupes PATHOS », expression un peu barbare désignant la procédure par laquelle chaque établissement détermine ses besoins en fonction des soins à dispenser à ses résidents. Une adaptation législative est requise pour pouvoir continuer à « pathosifier » les EHPAD.

La Commission adopte l'amendement AS 442.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA RAPPORTEURE

(par ordre chronologique)

- **Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA)** – **M. Emmanuel Verny**, directeur général, **Mme Ingrid Ispenian**, directrice juridique, et **Mme Mélodie Deneuve**, responsable de la communication
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** – **M. Francis Idrac**, président du conseil, **M. Laurent Vachey**, directeur, et **M. Emmanuel Lefevre**, directeur financier
- **Direction générale de l'action sociale (DGAS)** – **M. Fabrice Heyriès**, directeur général de la cohésion sociale, et **Mme Sabine Fourcade**, chef de service adjointe au directeur
- **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA)** – **M. Jean-Alain Margarit**, président, représentant du SYNERPA au conseil de la CNSA, et **Mme Florence Arnaiz-Maumé**, déléguée générale
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** – **M. Alain Villez**, conseiller technique en charge des personnes âgées, et **Mme Cécile Chartreau**, conseillère technique santé-handicap
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. Gérard Vincent**, délégué général, et **Mme Muriel Jamot**, adjointe au responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale
- **Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI)** – **Mme Christel Prado**, présidente, et **M. Thierry Nouvel**, directeur général
- **Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** – **Mme Christine Dupré**, présidente, directrice de la MDPH de Seine-et-Marne, **M. Yannick Deimat**, vice-président, directeur adjoint de la MDPH du Finistère, et **Mme Annie Lépine**, administrateur, directrice-adjointe de la MDPH du Vaucluse
- **Mme Nora Berra**, secrétaire d'État chargée des aînés
- **Mme Florence Lustman**, inspectrice générale des finances chargée du plan Alzheimer, **Mmes Sandrine Lemery et Pascale Rocher**, et **M. Benoît Lavallart**, chargés de mission

- **Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (FEGAPEI)** – **M. Philippe Calmette**, directeur général, **Jean-Dominique Tortuyaux**, directeur général adjoint, **Mme Marie Aboussa**, directrice « gestion et gouvernance associative », et **M. Antoine Fraysse**, responsable des relations institutionnelles
- **Assemblée des départements de France** – **M. Yves Daudigny**, vice-président de l'ADF et président de la commission des politiques sociales, **M. Jean Pierre Hardy**, directeur du service social de l'ADF, et **Mme Marylène Jouvien**, attachée parlementaire
- **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**, directeur santé
- **Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)** – **Mme Françoise Nouhen**, vice-présidente, membre du conseil de la CNSA, et **M. Daniel Zielinski**, délégué général
- **Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)** – **M. Pascal Champvert**, président
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)** – **M. Jean-Loup Durosset**, président, et **Mme Mélanie Belsky**, chargée des relations avec le parlement
- **Mme Nadine Morano**, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité.