

N° 4151

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2016.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2017*,

TOME III

MÉDICO-SOCIAL

PAR M. PHILIP CORDERY,

Député.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : **4072.**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I. LE SOUTIEN AUX DÉPENSES DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : UN BUDGET EXCÉDENTAIRE DANS UN CONTEXTE DYNAMIQUE	7
A. L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE DE L'ANNÉE 2015	7
1. Des ressources en hausse	7
2. Des dépenses croissantes et maîtrisées	7
B. LA CROISSANCE DE L'OBJECTIF GLOBAL DES DÉPENSES EN 2016, À L'APPUI DU FINANCEMENT DES DÉPENSES NOUVELLES	8
1. Un équilibre des comptes maintenu en 2016 sans freiner le financement de dépenses nouvelles	9
2. Un OGD en hausse continue depuis 2012	9
C. L'ENJEU SPÉCIFIQUE DES RÉSERVES DE LA CNSA	11
1. Des réserves croissantes	11
2. Une utilisation à clarifier	12
D. CONFORTER LE MODÈLE ÉCONOMIQUE DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE	13
II. L'ENJEU D'UNE OFFRE ET D'UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉS DANS LE SECTEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES	17
A. LA DÉFINITION D'UN PARCOURS PERSONNALISÉ ET ADAPTÉ À LA SITUATION DE CHACUN	17
1. La mise en place de la réponse accompagnée pour tous	17
2. Le rééquilibrage de l'offre médico-sociale	19
3. Promouvoir une logique de dispositifs et renforcer la coordination entre acteurs .	20
B. LA PRISE EN CHARGE DU HANDICAP EN BELGIQUE	20
1. La coopération franco-wallonne au fondement de toute action	21
a. Une mesure plus précise du phénomène	21
b. Le suivi renforcé des établissements	25
c. Une coopération transfrontalière à valoriser	26

2. La mise en place d'un plan inédit de prévention des départs non souhaités.....	27
a. L'application du plan de prévention des départs non souhaités	27
b. La mobilisation d'un fonds d'amorçage	28
3. Concilier la prévention des départs subis et le respect du libre choix	29
C. LE DÉPLOIEMENT DU TROISIÈME « PLAN AUTISME » : UN PROGRAMME À PARACHEVER	30
III. LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI D'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT	35
A. UNE TRADUCTION RÉGLEMENTAIRE RAPIDEMENT ENCLENCHÉE	35
B. UNE DÉCLINAISON À COMPLÉTER.....	38
C. DEUX CHANTIERS RÉGLEMENTAIRES PARTICULIÈREMENT ATTENDUS.....	40
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	41
EXAMEN DE L'ARTICLE RELATIF AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL..	41
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017	41
TITRE IV – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE	41
Chapitre II – Promouvoir les parcours de sante.....	41
<i>Article 46</i> (Art. L. 313-1, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 313-14-2, L. 314-7, L. 314-9, L. 313-14-1, L. 315-12 et L. 315-15 du code de la sécurité sociale ; art. 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement) : Aménagements de la tarification applicable dans le secteur médico-social.....	41
<i>Article additionnel après l'article 46</i> : Demande de rapport sur la mise en place d'un fonds d'amorçage pluriannuel de prévention des départs non choisis en Belgique.....	51
ANNEXE 1 : RÉPARTITION DES ENFANTS PRÉSENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS PAR DÉPARTEMENT (AU 31 DÉCEMBRE 2015).....	53
ANNEXE 2 : RÉPARTITION DES PRÉSENCES ADULTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS BELGES PAR DÉPARTEMENT (AU 31 DÉCEMBRE 2015).....	55
ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	59

INTRODUCTION

Le secteur médico-social constitue une priorité de la majorité depuis le début de la XIV^e législature.

L'augmentation constante des moyens consacrés en témoigne, avec un objectif global des dépenses (OGD) en hausse de 11,4 % depuis 2012. Cette croissance est confirmée pour l'année 2017, l'OGD prévu par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017 atteignant 21,5 milliards d'euros.

L'engagement de la majorité porte simultanément sur le secteur des personnes handicapées et sur celui des personnes âgées dépendantes.

S'agissant des personnes handicapées, la mise en place progressive du dispositif de réponse accompagnée pour tous concrétise l'ambition d'une prise en charge individualisée des personnes. Elle doit répondre à l'objectif central de continuité de l'accompagnement, face aux ruptures de parcours trop fréquemment constatées. L'adaptation de l'offre médico-sociale – reposant en premier lieu sur la création et la médicalisation de places – s'accompagne ainsi d'une nouvelle approche dans l'orientation et la construction du parcours d'accompagnement. À ce titre, il importe d'inscrire la prise en charge des personnes dans une logique de dispositifs choisis et régulièrement évalués, allant bien au-delà de la seule logique de placement.

L'enjeu spécifique de la prise en charge de Français en situation de handicap en Belgique fait l'objet d'une attention particulière dans ce rapport. La mise en place d'un plan de prévention des départs non choisis en 2016 – avec l'appui d'un fonds d'amorçage doté de quinze millions d'euros – constitue une réponse forte qu'il convient de saluer face à l'amplification des départs. Préférant la régulation à l'interdiction, la politique de prévention doit identifier les départs subis et les failles du processus d'orientation. Une première évaluation de ce plan peut donc être effectuée *in itinere*, éclairée par les avancées issues de l'accord-cadre franco-wallon tels que le recensement systématique du nombre de départs, l'organisation d'inspections conjointes dans les établissements ou le conventionnement entre l'assurance maladie et ces établissements.

L'engagement en faveur du secteur médico-social porte également sur la rénovation de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Actée par la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, cette rénovation voit son entrée en vigueur conditionnée à la publication des textes réglementaires afférents. Le suivi de cette mise en œuvre réglementaire vise à garantir l'application de la loi dans sa totalité moins d'un an après sa promulgation. Cet objectif devrait être tenu avec la publication au quatrième

trimestre 2016 des derniers textes prévus, actant ainsi la forte mobilisation du pouvoir exécutif dans l'application de la loi.

Dans la lignée des aménagements opérés par la loi du 28 décembre 2015 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, le PLFSS pour 2017 prolonge la réforme du cadre gestionnaire et financier des établissements et services médico-sociaux.

L'article 46 du projet de loi complète ainsi les dispositions relatives aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et à la tarification applicable dans ces établissements et services, recouvrant à la fois le champ de l'accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

I. LE SOUTIEN AUX DÉPENSES DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : UN BUDGET EXCÉDENTAIRE DANS UN CONTEXTE DYNAMIQUE

A. L'EXÉCUTION BUDGÉTAIRE DE L'ANNÉE 2015

Les comptes de la CNSA au titre de l'exercice 2015 laissent apparaître un fort excédent, à hauteur de 303 millions d'euros. Cette situation résulte d'une croissance plus rapide des recettes (+ 4 %) que des dépenses (+ 2,7 %).

1. Des ressources en hausse

Les recettes de la CNSA se composent, pour l'essentiel, de l'objectif national des dépenses (ONDAM) médico-social et de ressources propres, à hauteur de 22,2 milliards d'euros en 2015.

- L'ONDAM médico-social, en premier lieu, finance l'objectif global de dépenses (OGD) réparti entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées. Il constitue à lui seul 80 % des ressources de la CNSA.

- Les ressources propres, en second lieu, correspondent à des produits fiscaux et sociaux complétant les recettes de la Caisse. Au titre de l'année 2015, ces ressources se décomposaient ainsi :

- une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG), pour 1,3 milliard d'euros ;

- la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), pour 2,2 milliards d'euros ;

- la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), pour 721 millions d'euros ;

- les droits de consommation sur les tabacs (DCT), pour 224 millions d'euros.

Au total, ces recettes propres ont augmenté de 17 % par rapport à l'exercice 2014. Cette augmentation résulte à titre principal de la remise à son niveau d'origine de la CSG – au taux de 0,1 % –, après l'abaissement de ce taux à 0,064 % en 2013 et 0,05 % en 2014.

2. Des dépenses croissantes et maîtrisées

Les charges de la CNSA se sont établies à 21,9 milliards d'euros en 2015.

Elles correspondent pour l'essentiel au financement des dépenses des établissements et services médico-sociaux au titre de l'OGD, rassemblées dans la section 1 du budget de la Caisse. Il a été financé à hauteur de 94 % par les régimes

d'assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM ; le complément s'appuie sur les ressources propres de la CNSA.

Ces dépenses effectuées au titre de l'OGD se décomposaient ainsi :

– 9,6 milliards d'euros ont été mobilisés dans le champ des établissements médico-sociaux pour personnes âgées ;

– 9,5 milliards d'euros l'ont été dans le champ des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées.

L'OGD exécuté atteint ainsi 19 milliards d'euros en 2015, en augmentation de 2,4 % par rapport à 2014.

Les charges de la CNSA recouvrent également les concours aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH), de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces concours, regroupés dans les sections 2 et 3 du budget de la caisse, ont augmenté de 23 millions d'euros par rapport à 2014.

D'autres dépenses effectuées en 2015 méritent une attention particulière.

La section V de la caisse, consacrée aux « *autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie* », a financé de nombreux projets au-delà des seuls plans d'aides à la modernisation (PAM) et des plans d'aide à l'investissement (PAI). Les ressources de la CASA ont ainsi permis de financer des dépenses au titre des aidants, de la préfiguration des conférences des financeurs ou de la plateforme téléphonique pour l'information et l'orientation des personnes âgées gérée par la direction de l'information légale et administrative (DILA).

Non consommés par la section V *bis* – à l'exception du financement de l'adaptation de logements privés à la perte d'autonomie dans le cadre d'une convention multipartite signée avec l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) –, les crédits CASA ont compensé les réserves de la CNSA consacrées aux dépenses de la section V précitées.

Ce sont ainsi plus de 670 millions d'euros de crédits non-consommés qui ont été orientés vers les réserves de la CNSA. Ce haut niveau s'explique, pour l'essentiel, par la promulgation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement à la toute fin 2015, ayant reporté sur 2016 le financement de dépenses nouvelles.

B. LA CROISSANCE DE L'OBJECTIF GLOBAL DES DÉPENSES EN 2016, À L'APPUI DU FINANCEMENT DES DÉPENSES NOUVELLES

Maintenant son rythme de croissance, l'objectif global de dépenses est fixé à 21,5 milliards d'euros en 2017 par le projet de loi.

1. Un équilibre des comptes maintenu en 2016 sans freiner le financement de dépenses nouvelles

La CNSA devrait préserver une situation excédentaire en 2016 malgré la hausse dynamique des charges à financer (+ 3,5 %), supérieure à celle de ses ressources (+ 2,1 %).

La croissance des charges de la caisse est directement liée au financement de mesures nouvelles à compter de l'exercice 2016, notamment :

– la forte croissance des concours aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (+ 12 %), en lien avec la revalorisation de l'APA à domicile prévue par la loi d'adaptation de la société au vieillissement ;

– les subventions versées aux conférences des financeurs, dont les contours ont été précisés par le décret du 26 février 2016 ;

– la poursuite du financement des PAI et, dans le cadre du « plan Alzheimer », des maisons pour l'accueil et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

S'agissant de ses recettes, par ailleurs, la nouvelle structure issue de la LFSS pour 2016 substituera à la fraction de CSG perçue jusqu'alors une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital. Le niveau des recettes n'en serait pas affecté, en hausse de 2 %.

Cet ajustement des dépenses et des recettes de la CNSA devrait conduire à l'équilibre de la caisse en 2016, avec un excédent de sept millions d'euros.

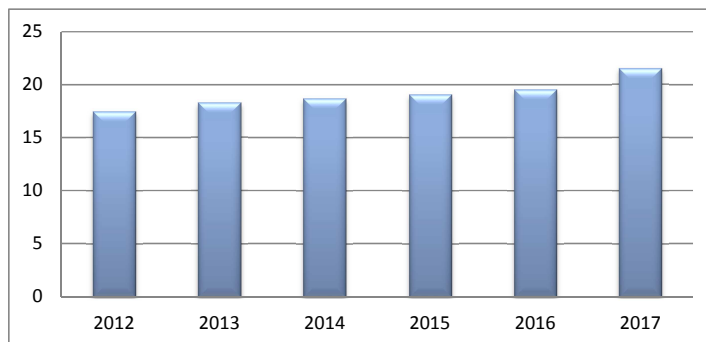
2. Un OGD en hausse continue depuis 2012

L'objectif global de dépenses n'a cessé de progresser ces dernières années. Entre 2012 et 2016, son niveau a ainsi augmenté de 11,4 %, passant de 17,5 milliards d'euros à 19,5 milliards d'euros.

L'OGD poursuivrait son augmentation en 2017 à un rythme particulièrement élevé. Il augmenterait ainsi, à champ constant⁽¹⁾, de 3,2 %. Il atteindrait, au total, 21,5 milliards d'euros.

(1) Hors prise en compte du transfert des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) de l'État à l'ONDAM.

ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES (EN MILLIARDS D'EUROS)



Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir des données du ministère des affaires sociales et de la santé.

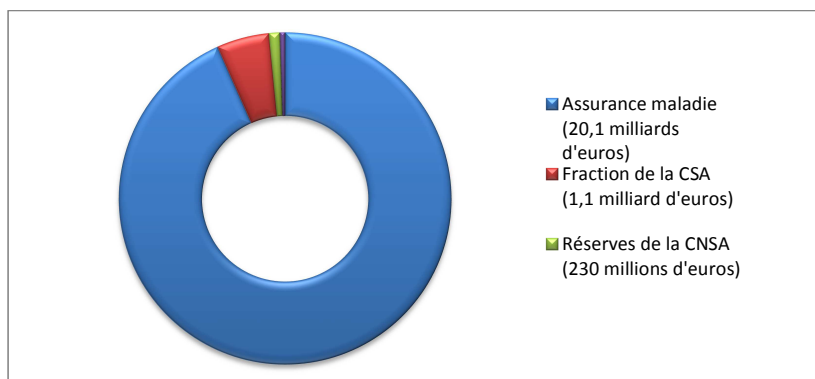
Représentant 590 millions d'euros supplémentaires hors mesure de périmètre, cette augmentation de 3,2 % de l'OGD devrait permettre en priorité de financer les mesures suivantes :

– la mise en œuvre de la réforme du financement des EHPAD, par la mobilisation d'une enveloppe de 185 millions d'euros consacrés au renforcement des moyens des établissements ;

– la création de places pour les établissements et services pour personnes handicapées, à hauteur de 209 millions d'euros – dont 60 millions seront consacrés à l'accompagnement de l'autisme et 30 millions au plan quinquennal d'évolution de l'offre 2017 – 2021 ;

– la création de places pour les établissements et services pour personnes âgées dépendantes, à hauteur de 85 millions d'euros – dont 17 millions seront consacrés au plan maladies neurodégénératives.

L'OGD se décomposerait ainsi en 2017 :



Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir des données du ministère des affaires sociales et de la santé.

L'ONDAM médico-social, plus spécifiquement, devrait augmenter à champ constant de 2,9 %, atteignant 20,1 milliards. Il se décomposerait comme suit, aux termes de l'article 55 du projet de loi :

– 9,1 milliards d'euros dans le champ des établissements et services pour personnes âgées ;

– 11 milliards d'euros dans le champ des établissements et services pour personnes handicapées.

Afin de soutenir le financement des charges liées au fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), la contribution de l'assurance maladie au budget de la CNSA sera majorée de 1,47 milliard d'euros. Prévu par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, ce transfert permettra de garantir un pilotage global de l'offre à destination des personnes handicapées, notamment en intégrant les ESAT dans le champ des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus par les gestionnaires.

Cet abondement de près de 1,5 milliard d'euros, qui constitue une mesure de périmètre, est compensé à la sécurité sociale dans le cadre du projet de loi de finances pour 2017, au sein de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». Cette compensation permettra l'effectivité du transfert dès le 1^{er} janvier 2017, au même titre que la reprise du circuit de paiement par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dès cette échéance.

C. L'ENJEU SPÉCIFIQUE DES RÉSERVES DE LA CNSA

1. Des réserves croissantes

Les réserves de la CNSA correspondent à l'accumulation de crédits non-consommés au fil du temps. Ses fonds propres n'ont cessé de croître ces dernières années.

L'exécution budgétaire de la CNSA s'est traduite en 2015 par un excédent de 303 millions d'euros – contrairement au déficit prévisionnel fixé à 361 millions d'euros. Cette somme est directement venue alimenter, à nouveau, ses réserves.

En conséquence, après avoir atteint 444 millions d'euros en 2014, ces réserves s'établissent à 744 millions d'euros en 2015 ⁽¹⁾. L'augmentation des réserves s'explique pour l'essentiel par la non-consommation des crédits issus de la CASA, en l'absence de mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement avant fin 2015.

(1) Après un retraitement comptable de 3 millions d'euros.

2. Une utilisation à clarifier

Les réserves de la CNSA ont été utilement orientées ces dernières années afin de financer :

– des mesures nouvelles. Ces réserves ont notamment été consacrées à l'élaboration d'un guide utilisateur de bonnes pratiques (50 millions d'euros) et à l'accompagnement des départements dans la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (5,6 millions d'euros) ;

– le complément de l'OGD, correspondant à la différence entre le niveau de l'OGD fixé chaque année et le montant des contributions des régimes d'assurance maladie.

En 2017, ces réserves seront consacrées au financement du plan d'aide à l'investissement – à hauteur de 100 millions d'euros – et à l'adaptation de 100 000 logements, à travers une subvention de 20 millions d'euros versée à l'Agence nationale de l'habitat (ANAH). 23 millions d'euros seront consacrés, par ailleurs, au soutien aux départements dans le cadre de l'harmonisation de leur système d'information et de leur mise en œuvre du dispositif de « réponse accompagnée pour tous » (cf. *infra*).

Lors de l'exercice 2015, ces réserves ont également été utilisées pour compenser la mise en réserve de crédits initialement destinés aux établissements et services médico-sociaux. Cette mise en réserve venait elle-même compenser la forte dynamique des dépenses de soins de ville, à hauteur de 158 millions d'euros.

Les annulations de crédits de l'ONDAM médico-social devraient être reconduites en 2016, à hauteur de 170 millions d'euros selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2016.

L'utilisation des réserves de la CNSA pour alimenter les crédits du secteur médico-social ne paraît ni incohérente avec l'objectif de maîtrise de l'ONDAM, ni injustifiée au regard de l'origine de ces réserves – des crédits de l'ONDAM médico-social non-consommés. Elle ne doit néanmoins pas conduire à compenser durablement une réduction de la part de l'ONDAM à l'OGD.

De manière plus préoccupante, les crédits de l'ONDAM médico-social n'ont pas vocation à être mis en réserve pour financer le dépassement d'autres sous-objectifs, avec en premier lieu l'ONDAM soins de ville. Le rapporteur estime donc utile de clarifier dès à présent les modalités et l'ampleur de la mobilisation des réserves de la CNSA, de sorte qu'elle ne constitue pas un frein à la pleine mise en œuvre des mesures contenues dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

D. CONFORTER LE MODÈLE ÉCONOMIQUE DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

Les services d'aide à domicile (SAAD) constituent l'un des piliers de la politique de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes.

Ces services sont spécifiquement habilités à intervenir auprès de personnes fragiles et couvrent en ce sens l'ensemble du secteur médico-social. Outre la réforme de la tarification⁽¹⁾, la loi du 28 décembre 2015 a adapté le fonctionnement de ces services en rassemblant dans un régime unique – celui de l'autorisation – les services jusqu'alors autorisés par le conseil départemental ou agréés par la direction générale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Deux efforts principaux ont été menés dans le secteur des SAAD : le renforcement des exigences de qualité, d'une part ; le soutien financier à la restructuration des services, d'autre part.

S'agissant du champ qualitatif, l'uniformité des règles applicables aux SAAD intervenant auprès des personnes âgées, des personnes handicapées et des familles fragiles a été renforcée par l'adoption d'un cahier des charges national fixant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des services autorisés d'aide et d'accompagnement à domicile. L'adhésion à une « Charte nationale qualité des services à la personne » prolonge cet effort d'amélioration continue de la qualité du service. L'harmonisation des exigences en matière de qualité des prestations sur l'ensemble du territoire constitue ainsi une priorité forte de la politique médico-sociale.

S'agissant du champ financier, par ailleurs, des moyens croissants ont été consacrés au secteur des SAAD afin de les accompagner dans leurs démarches de restructuration. Ainsi, les exonérations fiscales et celles de cotisations sociales dont bénéficient les personnes âgées dépendantes pour l'emploi d'une aide à domicile représentent 1,2 milliard d'euros en 2015, en augmentation de 30 % par rapport à 2015.

Plus structurellement, le Gouvernement a mis en place plusieurs dispositifs d'aide exceptionnelle pour les services d'aide à domicile, prenant la forme de fonds de restructuration de l'aide à domicile.

(1) Voir le commentaire de l'article 46 infra.

LES FONDS DE RESTRUCTURATION DE L'AIDE À DOMICILE SUR LA PÉRIODE 2012 – 2016

Fondement juridique	Années de mise en œuvre	Dotations du fonds	Caractéristiques
Article 150 de la loi de finances pour 2012	2012 et 2013	25 millions d'euros par an	Soutien à 601 services dans le cadre d'actions portant sur la réduction des frais de structure, l'optimisation du temps de travail et la télégestion
Article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013	2013 et 2014	25 millions d'euros par an	Accompagnement de 528 services dans le cadre de conventions pluriannuelles de retour à l'équilibre sur trois ans
Article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014	2014	30 millions d'euros	Soutien à la modernisation, la restructuration et l'inscription de 460 services dans une approche « parcours » dans le cadre de conventions pluriannuelles de retour à l'équilibre sur trois ans
Article 116 de la loi de finances rectificative pour 2015	2016	25 millions d'euros	Un bilan de la signature des conventions pluriannuelles de retour à l'équilibre conclues en 2016 est attendu au plus tard le 31 octobre 2016

Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir des données du ministère des affaires sociales et de la santé.

S'agissant de l'année 2017, le Gouvernement a annoncé la création d'un fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Prévu par voie d'amendement dans le cadre du présent projet de loi, ce fonds sera doté pour l'année 2017 de cinquante millions d'euros. Il comprendra deux volets principaux ;

- au titre de l'appui aux bonnes pratiques, le fonds soutiendra les initiatives des conseils départementaux et des SAAD destinées à augmenter simultanément la qualité du service rendu et la viabilité économique des services ;

- s'agissant de l'aide à la restructuration, les fonds seront versés par les agences régionales de santé aux services qui s'engagent dans une démarche de réorganisation dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Les conseils départementaux bénéficieront également d'une aide pour réaliser des

diagnostics permettant d'avoir une meilleure connaissance de la situation des SAAD sur leurs territoires.

Le rapporteur salue cette initiative du Gouvernement, qui prend acte des difficultés traversées par les SAAD dans la restructuration de leur activité. L'efficacité du fonds dépendra de l'identification de priorités précises en amont du versement des crédits. À ce titre, il apparaît indispensable de définir des objectifs chiffrés et une grille qualitative – dans le cadre du comité de pilotage de refondation des services à domicile – partagée par l'ensemble des départements.

Par ailleurs, la succession de plusieurs fonds de restructuration depuis le début de la législature appelle une réflexion plus large sur l'inscription des crédits dans une logique pluriannuelle, dans le cadre d'un fonds pérennisé au-delà d'une seule ou deux années. Le rapporteur invite donc le Gouvernement à inscrire dès aujourd'hui le futur fonds d'appui aux SAAD dans une temporalité plus longue.

II. L'ENJEU D'UNE OFFRE ET D'UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉS DANS LE SECTEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

A. LA DÉFINITION D'UN PARCOURS PERSONNALISÉ ET ADAPTÉ À LA SITUATION DE CHACUN

1. La mise en place de la réponse accompagnée pour tous

L'individualisation de l'orientation et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap constitue une priorité nationale depuis la remise du rapport de M. Denis Piveteau « *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* ».

Annoncée par la Président de la République lors de la conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014, la mise en œuvre des préconisations de ce rapport prend la forme de la « réponse accompagnée pour tous », déclinée sous la responsabilité de Mme Marie-Sophie Desaulle. Le cœur de cette démarche réside dans l'identification d'une solution concrète établie avec l'accord de l'intéressé. Pour ce faire, l'adaptation de l'offre d'accompagnement et des processus d'orientation doit s'accompagner d'une information mieux partagée avec les personnes et entre les acteurs locaux.

Le dispositif comprend quatre volets mis en place simultanément :

– la mise en place du dispositif d'orientation permanent – avec, en premier lieu, le plan d'accompagnement global (PAG) mis en place par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

– le déploiement d'une réponse territoriale, suivie et réévaluée à l'échelle locale ;

– la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs ;

– l'accompagnement au changement des pratiques et l'aménagement de la politique de formation.

Ce dispositif fait l'objet d'une mise en œuvre progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2018, date à laquelle les PAG seront généralisés sur l'ensemble du territoire.

Le plan d'accompagnement global

Le plan d'accompagnement global (PAG) constitue une réponse aux personnes n'ayant pas trouvé de place en établissement ou service ou considérant cette réponse comme inadaptée. Complétant le plan personnalisé de compensation, il a pour principal objectif d'éviter toute rupture dans la prise en charge et l'accompagnement.

Mis en œuvre par l'article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le PAG vise à identifier une réponse co-construite par la personne et la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) avec les établissements et services et les financeurs – l'Agence régionale de santé et le conseil départemental.

Le PAG formalise la définition par la MDPH, en cas de besoin, d'une double orientation pour les personnes, consistant en une orientation-cible et une orientation alternative identifiée selon les possibilités et les disponibilités de l'offre locale.

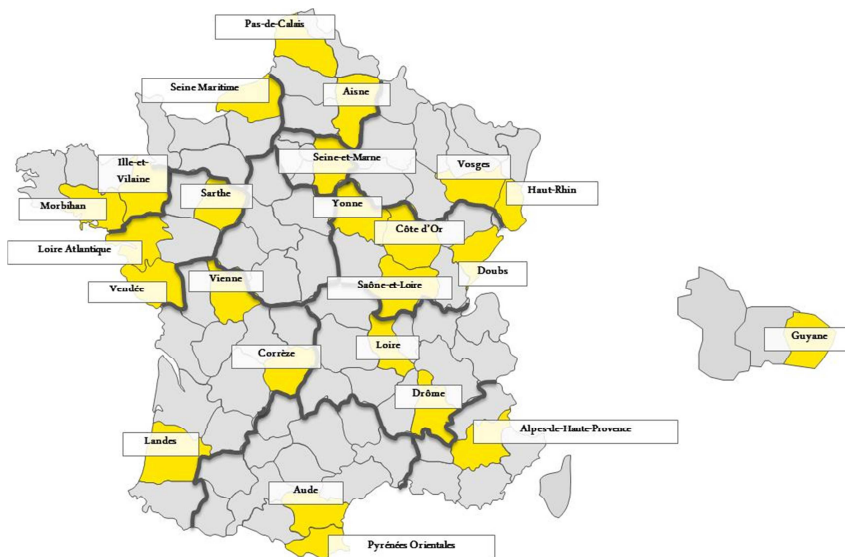
Le recours à un PAG est prévu dans deux cas :

- l'indisponibilité ou l'inadaptation des réponses connues ;
- la complexité de la réponse à apporter, la présence d'un risque ou le constat d'une rupture de parcours de la personne.

Le dispositif sera généralisé le 1^{er} janvier 2018.

24 départements sont entrés dans la démarche de réponse accompagnée pour tous à ce jour. Soutenus par un prestataire sélectionné par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ces territoires pionniers serviront de support à une première évaluation du dispositif avant sa généralisation.

LISTE DES 24 DÉPARTEMENTS PIONNIERS



Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le PAG s'inscrit plus largement dans le dispositif d'orientation permanent mis en place par la loi du 26 janvier 2016 précitée. Il vise l'adaptation des méthodes de travail de MDPH et de leurs partenaires afin que chaque personne handicapée puisse obtenir, avec son accord, une solution correspondant à l'offre de prise en charge sur son territoire.

La mise en place d'un « répertoire national des ressources », plus spécifiquement, constitue un chantier particulièrement attendu par l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs.

2. Le rééquilibrage de l'offre médico-sociale

La mise en place de la réponse accompagnée pour tous rend d'autant plus nécessaire l'adaptation de l'offre médico-sociale à la hauteur des besoins de prise en charge.

Sous le double effet du programme pluriannuel de création de places et des mesures du troisième « plan autisme », l'offre d'accueil des personnes handicapées a fortement progressé. 35 200 nouvelles places en structure d'accueil ou d'accompagnement pour personnes handicapées ont ainsi été créées en 2015, auxquelles s'ajoutent 10 000 nouvelles places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) financées par des crédits de l'État jusqu'en 2016 puis par l'assurance maladie.

Ainsi, le taux d'équipement du nombre de lits et places pour adultes handicapés a doublé depuis 2004, s'établissant à 2,4 places pour 1 000 adultes en 2015. Le taux relatif au secteur des enfants handicapés s'élève, quant à lui, à 9,5 places pour 1 000 enfants.

Le rééquilibrage de l'offre médico-sociale s'appuie également sur la mise en œuvre d'une stratégie quinquennale d'évolution de l'offre, dans un cadre contractualisé avec les associations gestionnaires. 180 millions d'euros seront ainsi consacrés à la création de places ou de solutions nouvelles sur la période 2017 – 2021.

Ces crédits permettront également de financer une transformation plus large de l'offre, avec notamment :

- la mise en place des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ;

- le développement des services d'accompagnement à l'appui d'un parcours scolaire, d'une vie professionnelle en milieu ordinaire ou d'un logement autonome.

Le soutien au renforcement de l'offre médico-sociale constitue une condition indispensable à la garantie d'une prise en charge adaptée de chacun mais ne saurait être considéré comme suffisant pour garantir la qualité de

l'accompagnement ou éviter les ruptures de parcours. Tel est l'enjeu de la valorisation d'une logique de dispositifs.

3. Promouvoir une logique de dispositifs et renforcer la coordination entre acteurs

Les auditions menées par le rapporteur ont permis de mettre en lumière la nécessité de substituer à la logique de placement une logique de dispositifs s'intégrant dans la construction d'un parcours d'accompagnement personnel.

Une telle logique de dispositif appelle au préalable le renforcement de la coordination entre acteurs, qui demeure la clef d'une prise en charge et d'un accompagnement réussis des personnes handicapées. Cette coordination prend notamment la forme de solutions mixtes dans l'accompagnement, avec la conciliation entre l'institution et la scolarité ou entre l'institution et l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT), par exemple.

À ce titre, trois priorités peuvent être identifiées et placées au fondement d'une logique de dispositifs :

– la garantie de l'absence de rupture de parcours grâce au renforcement du rôle des MDPH et de leur coopération d'un territoire à l'autre – dans le cadre notamment du répertoire national des ressources – et le placement des familles au cœur du dispositif d'orientation. Dans le respect de leur libre administration, il importe également de renforcer l'homogénéité de l'accompagnement d'un département à l'autre, par exemple en élaborant des documents de droit souple telles que des chartes ou des grilles d'évaluation relatives à la qualité de l'orientation et aux délais de traitement des dossiers ;

– l'intégration renforcée des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans la prise en charge des personnes handicapées ;

– l'appréhension transversale de la prise en charge, en intégrant plus étroitement les matières sanitaires et médico-sociales et en appuyant les mesures de déclouonnement facilitant la coopération souple entre institutions.

B. LA PRISE EN CHARGE DU HANDICAP EN BELGIQUE

L'augmentation continue et exponentielle du nombre de départs de Français en situation de handicap en Belgique appelle une réponse forte des pouvoirs publics et la mobilisation de moyens adaptés, en association étroite avec les familles.

L'accord-cadre franco-wallon, le plan de prévention des départs non choisis et le fonds d'amorçage de quinze millions d'euros constituent autant de réponses du Gouvernement qu'il convient désormais d'évaluer et, le cas échéant, de compléter.

1. La coopération franco-wallonne au fondement de toute action

La coopération franco-wallonne repose sur trois piliers identifiés dès la signature de l'accord-cadre le 21 décembre 2011 : l'échange d'informations administratives, le contrôle des établissements d'accueil et le conventionnement avec ces établissements ⁽¹⁾.

a. Une mesure plus précise du phénomène

Le manque d'informations exhaustives sur l'ampleur du phénomène de départs en Belgique constitue un obstacle dirimant à la maîtrise du phénomène. Cette difficulté est aujourd'hui en partie réglée par le suivi systématique de ces installations mis en place par l'accord-cadre franco-wallon.

- La mesure du nombre croissant de Français inscrits en établissements en Belgique est longtemps demeurée parcellaire. Des données sont rassemblées par le centre national des soins à l'étranger (CSNE), qui reçoit les demandes de prise en charge de soins concernant les personnes accueillies dans un établissement ou services médico-social situé à l'étranger. Les MDPH ont également progressé dans la collecte d'informations, dans le cadre du système d'information « SI MDPH », apte à recueillir les informations sur les notifications d'orientation vers un tel établissement ou service à l'étranger.

- Une étape significative a été franchie dans la collecte d'informations précises sur le profil et l'ampleur des départs en Belgique avec la signature de l'accord-cadre franco-wallon le 21 décembre 2011. Cet accord a été traduit en droit interne par la loi en 2013 ⁽²⁾ et par décret en 2014 ⁽³⁾.

L'accord-cadre franco-wallon

La coopération médico-sociale entre la France et la Wallonie repose sur de nouveaux fondements depuis l'entrée en vigueur de l'accord-cadre franco-wallon le 1^{er} mars 2014. Constatant l'accueil croissant de personnes handicapées françaises en Belgique, les deux États ont mis en place un cadre commun de travail et d'échanges destiné à renforcer l'efficacité de leur action.

Ce cadre poursuit quatre objectifs :

- l'accompagnement renforcé et la prise en charge de qualité des personnes handicapées ;
- la garantie de la continuité de cet accompagnement et de cette prise en charge ;

(1) Pour plus d'éléments, on pourra se référer au rapport parlementaire du même auteur, accessible à l'adresse suivante : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl1332.asp>.

(2) Loi n° 2013-1009 du 13 novembre 2013 autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées.

(3) Décret n° 2014-316 du 10 mars 2014 portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées (ensemble une annexe), signé à Neufvilles le 21 décembre 2011.

– l’optimisation des réponses aux besoins médico-sociaux en facilitant l’utilisation ou le partage des moyens humains et matériels ;

– l’échange et le transfert de connaissances et de bonnes pratiques.

Il s’appuie sur une commission mixte – ou « comité franco-wallon » – chargée de suivre l’application de cet accord et d’en proposer d’éventuelles modifications. Ce comité se réunit en tant que de besoin à la demande des parties. Sa prochaine réunion est prévue le 16 novembre 2016.

S’agissant de la mesure des départs en Belgique, l’accord-cadre prévoit l’établissement par les autorités compétentes wallonnes d’un relevé d’informations contenant les informations d’identité relatives aux personnes handicapées bénéficiaires d’une prise en charge par l’assurance maladie française. L’ARS Hauts-de-France est chargée de centraliser les données contenues dans ce relevé. Elles sont utilisées exclusivement à des fins de recensement et d’identification des personnes accueillies.

Le relevé d’information doit être disponible au 31 mars de chaque année, sur les effectifs au 31 décembre de l’année qui précède.

• Ainsi, aux termes du dernier relevé mesurant les installations au 31 décembre 2015, transmis à l’ARS Hauts de France le 15 septembre 2016, 6 849 personnes en situation de handicap et résidant en France étaient accueillies dans un établissement wallon au sens de l’accord-cadre, correspondant à 5 368 adultes et 1 481 enfants.

Les 5 368 adultes se répartissaient comme suit :

– 2 810 adultes avec une orientation en foyer de vie, foyer d’occupation ou foyer d’hébergement ;

– 982 adultes avec une orientation en foyer d’accueil médicalisé (FAM) ;

– 1 513 adultes avec une orientation en maison d’accueil spécialisé (MAS) ;

– 56 adultes avec une orientation en établissement et service d’aide par le travail (ESAT), avec ou sans hébergement ;

– 7 adultes dans des établissements belges non conventionnés.

S’agissant des enfants, la répartition était la suivante :

– 1 451 enfants et jeunes adultes bénéficiant de l’amendement Creton dans les structures conventionnées avec l’ARS Hauts de France et la Caisse primaire d’assurance maladie (CPAM) de Roubaix-Tourcoing ;

– 30 enfants présents dans des établissements non conventionnés par l'ARS et la CPAM. Il convient de souligner que ce nombre est en constante baisse depuis 2014.

Deux données doivent être ajoutées afin d'obtenir un nombre le plus complet possible de résidents Français orientés en Belgique au 31 décembre 2015 :

– 190 enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ne bénéficiaient pas d'une orientation de la MDPH mais étaient placés dans des établissements et services médico-sociaux wallons sous tutelle de l'Agence pour une vie de qualité (AViQ), qui a succédé à l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) ;

– 2 811 Français étaient scolarisés dans l'enseignement spécialisé francophone, relevant de la compétence de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en dehors du champ de compétence de l'accord-cadre. Il s'agissait de 98 enfants en niveau maternel spécialisé, 943 enfants en niveau primaire spécialisé et 1 770 enfants en niveau secondaire spécialisé. Près de 50 % de ces effectifs sont hébergés dans des établissements belges et sont donc déjà pris en compte dans la cohorte de 1 481 enfants. L'autre moitié de ces effectifs réside dans des internats publics belges ou effectuent l'aller-retour chaque jour depuis leur domicile.

Au total, ce sont donc près de 8 500 Français en situation de handicap, adultes et enfants, qui étaient accueillis au 31 décembre 2015 en Belgique.

Au sens large du secteur médico-social, avec près de 1 700 personnes françaises âgées dépendantes installées en Belgique – ne mobilisant toutefois pas de financements de l'assurance maladie –, ce sont donc 11 550 Français qui sont présents sur ce territoire.

● **La forte concentration des départs** à partir de certains territoires doit être soulignée.

S'agissant des adultes, près de la moitié des départs sont issus de quatre départements – le Nord, la Seine-Saint-Denis, Paris et l'Essonne.

DIX PREMIERS DÉPARTEMENTS D'ORIGINE DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES PRISES EN CHARGE DANS DES ÉTABLISSEMENTS BELGES AU 31 DÉCEMBRE 2015

Département d'origine	Nombre de personnes
Nord	1 165
Seine-Saint-Denis	399
Paris	388
Essonne	340
Oise	315
Val d'Oise	303
Hauts-de-Seine	269

Ardennes	256
Pas-de-Calais	162
Val de Marne	158

Source : Commission des affaires sociales, à partir des données de l'Agence régionale de santé Hauts de France.

S'agissant des enfants, la concentration est encore plus marquée, doublée d'un aspect transfrontalier. Les deux tiers des départements sont ainsi en provenance de la région Hauts de France.

Le département du Nord, à lui seul, compte près de la moitié des départements en Belgique, avec 716 enfants recensés dans des établissements conventionnés sur un total national de 1 451 enfants.

• L'information progresse également s'agissant du coût de cette prise en charge de l'autre côté de la frontière. Ainsi, selon les informations transmises au rapporteur, **ce coût atteindrait 450 millions d'euros en 2015.**

Cette somme recouvre le coût pour l'assurance maladie – avec 70 millions d'euros versés au titre de la prise en charge d'enfants en établissements conventionnés et 130 millions d'euros versés par le CSNE – et les sommes versées par les départements.

• L'information demeure néanmoins lacunaire concernant le coût de la prise en charge des frais de transport des enfants scolarisés dans des établissements spécialisés mais non hébergés en Belgique.

Pris en charge par l'assurance maladie, ces frais atteindraient, selon les données communiquées au rapporteur par la MDPH du Nord, environ huit millions d'euros par an. Interrogée par le rapporteur, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a indiqué ne pas disposer de données actualisées pertinentes.

Face à ce manque de rationalisation du transport et d'informations disponibles à ce sujet, le rapport insiste sur la nécessité de :

– renforcer le partage d'informations entre l'assurance maladie et les MDPH sur le volume et le coût de cette prise en charge ;

– mettre en place des groupes de travail à l'échelle départementale consacrés à l'enjeu des transports afin de recenser les besoins des associations d'usagers tout en garantissant une meilleure maîtrise des coûts. Le Défenseur des droits et ses homologues belges, le Centre interfédéral pour l'égalité des chances (UNIA) et le Délégué général aux droits de l'enfant, pourraient s'y associer.

b. Le suivi renforcé des établissements

Quelle que soit l'origine du départ, l'installation de Français en Belgique rend indispensable de renforcer le suivi et le contrôle des établissements situés de l'autre côté de la frontière.

La garantie de la qualité de la prise en charge apparaît comme l'un des piliers de la coopération franco-wallonne. Elle doit permettre de faire face aux dérives fréquemment dénoncées par les associations dans le cadre de la multiplication d'établissements ayant une conception variable des exigences de qualité.

Trois types de visites doivent être distingués.

D'une part, des visites sont effectuées en autonomie par les financeurs français au titre du conventionnement. Ainsi, l'Agence régionale de santé des Hauts de France a visité l'ensemble des établissements conventionnés accueillant des enfants en 2015. Des visites sont également effectuées en dehors du conventionnement afin de mesurer la qualité de la prise en charge des établissements accueillant des adultes. 45 structures ont été visitées – sur les 178 accueillant des adultes français – au cours des deux dernières années. Au terme de ces visites, l'ARS Hauts de France a demandé la suspension des orientations vers sept structures.

D'autre part, des inspections conjointes – telles que prévues par l'accord-cadre franco-wallon – sont effectuées par l'ARS et son homologue wallonne, l'Agence pour une vie de qualité (AViQ). Ces inspections s'effectuent à partir des normes et règles prévues par le droit belge mais prennent en compte, dans le cadre du rapport d'audit, les observations de l'ARS.

Ayant pu consulter de tels rapports d'inspection conjointe, le rapporteur souligne la qualité de la démarche conjointe de l'ARS et de l'AViQ. Une fois la visite effectuée, les agents de l'AViQ procèdent à la rédaction du rapport et intègrent les remarques de l'ARS. Les visites inopinées sur place permettent d'évaluer la gestion du personnel, la qualité de la prise en charge des personnes accueillies et les outils déployés pour assurer la supervision de l'établissement.

Au titre de l'année 2016, dix inspections conjointes devraient être effectuées :

– cinq inspections devraient être organisées sur la base de critères de risques pré-identifiés ;

– les cinq autres devraient l'être sur le fondement de nouveaux signalements en cours d'année, à partir des priorités du moment, afin de garantir la réactivité et l'adaptation de ces inspections.

L'implication des départements dans la démarche d'inspection pourrait être renforcée, afin de rendre systématique le contrôle des établissements belges accueillant des Français.

Enfin, l'AViQ mène des audits dont les conclusions sont consultables sur son site Internet pour les acteurs institutionnels tel que les départements. Il s'agit donc d'une source d'information supplémentaire relative à la qualité de la prise en charge de Français en Belgique pour l'ensemble des acteurs responsables de l'orientation et de la prise en charge. Il existe néanmoins une contradiction entre l'exigence d'une amélioration continue des normes de qualité de la prise en charge et la pression permanente à la baisse sur les tarifs. Dans ce contexte, le rapporteur salue le projet de décret actuellement en cours d'élaboration par les autorités belges, qui vise à renforcer les exigences en termes de qualité des prestations délivrées aux personnes hébergées dans les structures wallonnes. Des outils méthodologiques seront imposés afin de placer le bien-être des personnes en situation de handicap au cœur du projet d'entreprise et d'améliorer le cadre des infrastructures pour tout nouveau projet. Seraient ainsi imposés le principe des chambres individuelles, le fonctionnement en unités de vie d'une dizaine de personnes et l'agrandissement des surfaces de vie. Ce texte devrait faire l'objet d'une présentation détaillée lors de la commission mixte de l'accord-cadre franco-wallon en novembre 2016 à Paris

c. Une coopération transfrontalière à valoriser

Des progrès considérables ont donc été effectués dans la connaissance et le contrôle de la prise en charge de Français à l'étranger, dans une démarche partenariale entre la France et la Wallonie. L'élaboration du relevé d'information et l'organisation d'inspections conjointes en constituent les deux principaux facteurs.

Les conventions-types avec l'assurance maladie, qui constituent le troisième pilier de l'accord-cadre, ont été mises en place très rapidement après la signature de l'accord. Les conventions préexistantes ont également été mises en conformité dans de courts délais avec ce nouveau cadre. De telles conventions-types devraient également être élaborées pour les départements – dans le cadre d'une implication de l'Association des départements de France (ADF) – afin d'harmoniser les pratiques de conventionnement avec les établissements belges entre territoires.

Ces progrès sont particulièrement visibles sur le terrain, de chaque côté de la frontière. Dans le cadre d'un déplacement dans le Nord de la France et en Belgique le 30 septembre 2016, à la rencontre d'associations, d'établissements et de représentants de l'État et des collectivités territoriales, le rapporteur a mesuré l'ampleur du chemin parcouru depuis la signature de l'accord-cadre. La visite de deux établissements belges accueillant des Français aux côtés de membres de l'ARS et de l'AViQ a donné tout son sens à ce partenariat orienté vers un objectif commun : la garantie de la qualité de la prise en charge

Cette coopération n'a toutefois pas suffi à limiter l'augmentation soutenue du nombre de départs en Belgique. Ce nombre aurait augmenté de 50 % en trois ans. La tendance semble se confirmer au regard des dernières informations recensées sur le début de l'année 2016.

L'autre défi des politiques médico-sociales est donc de limiter cette dynamique et d'inverser une tendance longue en agissant sur l'augmentation exponentielle des flux. Tel est l'objectif du plan de prévention des départs non-souhaités en Belgique.

2. La mise en place d'un plan inédit de prévention des départs non souhaités

La mise en place d'un plan de prévention des départs non souhaités en Belgique depuis le début de l'année 2016 a été rendue indispensable par l'augmentation continue et non maîtrisée du nombre de départs. Elle vise à la fois à mieux appréhender et mesurer ce phénomène et à apporter une réponse pérenne aux personnes contraintes de quitter le territoire français. Elle s'inscrit ainsi dans le dispositif de réponse accompagnée pour tous en agissant simultanément sur l'orientation des personnes, la construction du parcours et la garantie d'une prise en charge continue.

a. L'application du plan de prévention des départs non souhaités

Le plan de prévention des départs non souhaités est en vigueur depuis la publication d'une instruction ministérielle le 22 janvier 2016.

Adressée aux ARS, cette instruction a pour objectif de décrire le processus devant permettre de limiter les départs subis. La mise en œuvre de ce processus conditionne ensuite l'utilisation des crédits du fonds d'amorçage annoncés quelques semaines plus tard par le Gouvernement.

Le processus décliné dans l'instruction doit être mis en œuvre dès qu'une orientation vers un établissement belge – qu'il soit conventionné ou non – est sollicitée par la personne ou anticipée par la MDPH. Remontant à l'ARS compétente, cette information doit alors donner lieu à la recherche de solutions de proximité sur le territoire national adaptées à la situation de la personne. Aucune demande de prise en charge de l'accueil d'un assuré français en Belgique par l'assurance maladie ne doit être ignorée.

Ce processus s'appuie en priorité sur la mise en œuvre anticipée du dispositif d'orientation permanent – prévu au plus tard pour le 31 décembre 2017 par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé – ou, à défaut, sur un recours aux commissions « situations critiques » définies par l'instruction ministérielle du 22 novembre 2013. Ces commissions sont chargées de repérer les situations individuelles critiques – établies à partir de la complexité de la prise en charge et des risques pour la sécurité de la personne ou de sa famille –, d'alerter

les structures administratives compétentes et d'apporter une réponse adaptée aux personnes.

Parmi les solutions à privilégier dans la prévention des départs non souhaités, l'instruction ministérielle encourage :

- l'intervention directe de professionnels spécialisés à domicile ;
- le renfort de personnels dans les établissements médico-sociaux en proximité du domicile des personnes à accompagner ;
- la création de places adaptées dans les établissements et services médico-sociaux.

Le développement de pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), adossés aux établissements et services médico-sociaux, depuis la publication de cette instruction, constitue une réponse supplémentaire.

b. La mobilisation d'un fonds d'amorçage

Une fois ces principes définis, le plan de prévention des départs non souhaités a été déployé avec l'appui du fonds d'amorçage doté de 15 millions d'euros pour l'année 2016.

Une première tranche de dix millions d'euros a été mobilisée au printemps, répartie par une circulaire budgétaire du 22 avril 2016.

La répartition des crédits a été effectuée à partir de trois critères :

- le nombre d'enfants et d'adultes, originaires de la région et présents dans les établissements ou services médico-sociaux wallons avant la mise en œuvre du plan ;
- le nombre de personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux au titre de l'amendement Creton ;
- le taux d'équipement de la région en établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.

Les régions ayant mobilisé la plus grande part de ces crédits en 2016 ont été les Hauts de France (trois millions d'euros), l'Île de France (deux millions d'euros) et le Grand Est (900 000 euros).

Une seconde tranche de cinq millions d'euros sera mobilisée d'ici la fin de l'année 2017. Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur, cette enveloppe devrait en priorité être consacrée au développement des PCPE. Cette tranche sera affectée aux priorités identifiées après un premier bilan de l'activité du fonds, dans le cadre des conclusions de la mission d'appui de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) confiée à M. Christian Dubosq.

Auditionné par le rapporteur, M. Dubosq a précisé que ses travaux devraient s'achever en novembre 2016 et permettront d'analyser les modifications des pratiques et des méthodes de travail, soulignant l'enjeu central de la coopération entre les différents acteurs en charge de l'orientation des personnes.

Le rapporteur insiste sur la nécessité de disposer des dépenses effectivement financées par ces crédits, au sein de chaque région. Indisponibles à ce jour, ces données devraient être agrégées par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en novembre 2016.

3. Concilier la prévention des départs subis et le respect du libre choix

Au terme des premiers mois de mise en œuvre du plan de prévention des départs non souhaités, et dans l'attente de la remise des conclusions de la mission d'appui de l'IGAS, quelques enseignements ou principes directeurs peuvent être mis en lumière.

Le rapporteur appelle ainsi à recentrer l'action du plan sur cinq axes : le respect du libre-choix, la coopération plus étroite avec les familles, la coordination entre acteurs, l'intégration accrue des services d'aide à domicile dans le dispositif et la garantie de la pérennité du fonds.

- Le principe du libre-choix, tout d'abord, doit être préservé. Certains départs sont justifiés et légitimés par des éléments objectifs, tels que la logique transfrontalière, les avantages de l'offre en Belgique, notamment pour les cas les plus complexes, ou l'attrait de l'enseignement spécialisé belge, particulièrement adapté pour l'autisme, le polyhandicap et le handicap mental. Ainsi, lors de sa visite d'établissements, le rapporteur a pu constater le maintien de l'accueil dans les établissements le week-end, à l'inverse de la fermeture des instituts médico-éducatifs IME en fin de semaine, dont le rythme est aligné sur celui des écoles. Le rapporteur rappelle donc la nécessité que la régulation prime l'interdiction. Plus lente et complexe à mettre en œuvre, la régulation est la seule logique appropriée pour assurer la personnalisation de la prise en charge et le respect du libre choix des personnes et de leur famille.

- La coopération avec les familles, également, pourrait être renforcée dans le cadre de la mise en place d'une logique de dispositif – préférable à une logique de placement fondée essentiellement sur l'offre préexistante. De fait, si sa mise en œuvre est largement saluée, le plan de prévention des départs non souhaités reste considéré comme fondé sur une logique excessivement institutionnelle, aux termes des auditions menées par le rapporteur.

- La coordination entre acteurs, aussi, demeure fragile sur le terrain et appelle donc une attention particulière afin d'anticiper le plus en amont possible les départs. Cette anticipation devrait ensuite faciliter le suivi des situations et éviter que les MDPH réexaminent l'ensemble des dossiers. À ce titre, les instructions données aux MDPH – résultant notamment d'une « Lettre réseau » de

la CNAMTS de juin 2016 – gagneraient à être clarifiées afin de faciliter la coopération entre acteurs, en particulier entre l’assurance maladie et les MDPH. Le répertoire national des ressources permettra en ce sens de faciliter cette coordination en facilitant l’appréhension de l’offre existante sur le terrain.

- Les services d’aide à domicile, par ailleurs, apparaissent comme insuffisamment intégrés dans le dispositif de prévention des départs subis. Ces services constituent pourtant une alternative souple et adaptée aux départs à l’étranger. Le rapporteur appelle donc au renforcement de la coopération entre les MDPH et ces services le plus tôt possible et avant toute recherche sur un placement à l’étranger. Ne relevant pas des financements de l’État, ces services n’ont bénéficié d’aucun crédit dans le cadre de l’enveloppe du fonds d’amorçage versée par les ARS. Une ligne de crédits pourrait donc être réservée au financement de l’accompagnement par ces services dans le cadre de la reconduction du fonds en 2017.

- La pérennité du fonds d’amorçage, enfin, constitue un prérequis indispensable pour garantir un accompagnement dans la durée des personnes concernées par ces départs potentiels ou prévisibles. L’enveloppe de quinze millions d’euros a donc vocation à être – *a minima* – reconduite chaque année. Interrogé par le rapporteur, le Gouvernement a indiqué que le fonds serait effectivement réalimenté à ce niveau. Le rapporteur propose d’aller plus loin dans cette logique de moyen-terme en donnant au plan une dimension pluriannuelle – sur le format d’autres plans tel que le « plan autisme » – et en définissant, pour chaque année d’exécution, une série de priorités d’action.

C. LE DÉPLOIEMENT DU TROISIÈME « PLAN AUTISME » : UN PROGRAMME À PARACHEVER

La prise en charge des personnes souffrant de troubles autistiques constitue une priorité de nos politiques médico-sociales rendue d’autant plus indispensable dans un pays largement considéré comme en retard dans ce domaine.

Le déploiement de nouveaux outils d’accompagnement a vocation à y répondre *via* la mobilisation de financements supplémentaires, l’accès à un diagnostic et à une intervention précoces et la création de nouvelles places. Mis en place pour la période 2013 – 2017, le troisième « plan autisme » recouvre l’ensemble de ces champs d’action en s’articulant autour des cinq axes suivants :

- le diagnostic et l’intervention précoces ;
- l’accompagnement tout au long de la vie ;
- le soutien aux familles ;
- la poursuite des efforts de recherche ;

– la formation de l’ensemble des acteurs de l’autisme.

● Le troisième « plan autisme » a donné lieu, tout d’abord, à une **forte mobilisation des crédits** destinés à ajuster l’offre médico-sociale.

Dans le cadre d’une enveloppe de 195 millions d’euros, les crédits délégués aux ARS ont été inscrits à hauteur de 193 millions d’euros – soit 99 % – dans les programmes interdépartementaux d’accompagnement des handicapés et de la perte d’autonomie (PRIAC) régionaux.

Cette mobilisation de la quasi-totalité des crédits dédiés au plan s’est traduite par la programmation de plus de 3 600 places, dont 660 étaient effectivement installées au 7 mars 2016.

L’exécution du plan a permis de donner une place accrue à la prise en charge des enfants souffrant de troubles autistiques. Dans le cadre d’une mobilisation conjointe entre les ARS et les rectorats, 110 unités d’enseignement en école maternelle (UEM) de 7 places chacune seront créées sur trois ans. Ce nombre est en augmentation de 10 % par rapport à celui initialement prévu lors de la présentation du plan.

● Le troisième « plan autisme » accorde également une place renforcée à l’enjeu d’un **diagnostic précoce** de l’autisme, indissociable du recensement des besoins. Trouble sévère et précoce du développement, l’autisme appelle une prise en charge anticipée, seule à même de garantir un accompagnement adapté.

Un tel diagnostic apparaît central à la fois pour :

– l’enfant, afin de réduire le plus en amont possible les symptômes secondaires ;

– les parents, afin de comprendre le comportement de leur enfant et d’anticiper sa prise en charge ;

– les personnes intervenant dans l’accompagnement, afin de garantir la personnalisation du suivi et la continuité de la prise en charge.

Fondé sur le triptyque « repérage, diagnostic et interventions précoces », le plan vise à assurer la continuité et la proximité entre ces trois étapes, avec une attention particulière portée aux enfants de moins de trois ans.

Ce dispositif a été complété en 2015 par l’élaboration d’un socle commun national de formation au diagnostic.

À l’échelle locale, également, plusieurs appels à projet ont été publiés pour la labellisation d’équipes de diagnostic autisme de proximité (EDAP), dans le cadre de la création de nouveaux centres ou de la mutualisation de structures existantes.

- Le troisième « plan autisme » consacre, par ailleurs, une large part des crédits à la **création de places**, dans le cadre d'un programme pluriannuel de 4 100 places.

Cette cible se déclinait comme suit entre enfants et adultes :

- 2 100 places à destination de l'enfance, avec 1 500 places en établissement et 600 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ;

- 2 000 places en maison d'accueil spécialisée (MAS) et en foyer d'accueil médicalisé (FAM), auxquelles devait s'ajouter – sans qu'un objectif n'ait été fixé – le développement des services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH).

Aux termes du bilan effectué par la CNSA en juin 2016, 5 526 places ont été autorisées depuis le début du plan, parmi lesquelles 4 824 ont effectivement été installées. Ce dépassement des objectifs s'appuie en particulier sur la mobilisation de crédits dédiés à l'autisme dans le cadre du Plan pluriannuel du handicap.

La création de places s'est par ailleurs accompagnée de la mise en place d'un outil d'appui à l'évolution de la qualité de l'offre des établissements médico-sociaux, dans le cadre d'une instruction ministérielle du 18 décembre 2015. Mis en œuvre par les ARS, cet outil est directement lié aux décisions d'allocation des crédits médico-sociaux aux établissements assurant le suivi des enfants, adolescents et adultes avec des troubles du spectre de l'autisme.

- Ce plan comporte, enfin, une **triple approche éducative, comportementale et développementale**. De nouvelles structures de scolarisation adaptées aux prises en charge éducatives et comportementales précoces et intensives ont ainsi été créées, permettant d'améliorer l'articulation entre les milieux scolaire et médico-social.

De manière plus prospective, l'implication de l'Éducation nationale dans la mise en œuvre du plan autisme est aujourd'hui jugée insuffisante sur le terrain, fragilisant de fait la continuité des parcours et l'accompagnement en milieu ordinaire.

- Le rapporteur souligne la pertinence des outils et des crédits déployés dans le cadre du troisième « plan autisme », à la veille de sa dernière année de mise en œuvre.

La structuration du plan en axes précis, l'association continue des familles et l'importante mobilisation des établissements et des ARS en constituent les principaux atouts. Le dépassement des résistances sur le terrain demeure une priorité, les axes du plan pouvant faire l'objet d'une application problématique sur le terrain.

Au terme des auditions menées, il apparaît néanmoins que certains axes du plan n'ont que peu été concrétisés. L'enjeu de la formation des acteurs de l'autisme, en particulier, reste peu mobilisé alors que la qualité de la formation joue un rôle déterminant dans l'amélioration de la prise en charge et dans la modification des pratiques professionnelles. Cet enjeu recouvre à la fois les professionnels, la communauté éducative, les travailleurs sociaux et le grand public. L'absence de refonte de la formation initiale des professionnels associés à la prise en charge de l'autisme est particulièrement dommageable.

À ce titre, le rapporteur formule le vœu d'une mise en œuvre des dispositions insuffisamment déployées pour la dernière année de mise en œuvre du plan, s'agissant en particulier de l'enjeu de la formation initiale des professionnels.

III. LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI D'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

La loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement constitue une réforme en profondeur de la politique de prise en charge de la perte d'autonomie pour les personnes âgées.

Les dispositions qu'elle contient apparaissent d'autant plus urgentes face aux enjeux de maîtrise des dépenses et d'adaptation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ainsi, les dépenses relatives à dépendance s'élevaient à 21,2 milliards d'euros en 2015, en augmentation de 13 % par rapport à 2010. Leur financement repose essentiellement sur la sécurité sociale (51 %) et les départements (29 %).

La déclinaison réglementaire de la loi devrait favoriser la conciliation entre la maîtrise de ces dépenses croissantes et la garantie d'un cadre de qualité, pour les personnes âgées dépendantes comme pour leurs aidants.

A. UNE TRADUCTION RÉGLEMENTAIRE RAPIDEMENT ENCLENCHÉE

La mise en application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement a été rendue indispensable par l'ampleur des mesures à déployer et des financements – issus notamment de la CASA – en attente de mobilisation.

- Dès le 31 décembre 2015, soit trois jours après la promulgation de la loi, cinq textes d'application avaient été publiés.

Ces textes ont permis, en premier lieu, de définir la liste des prestations minimales délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en matière d'hébergement, dans un objectif de plus grande transparence.

Le décret du 30 décembre 2015 ⁽¹⁾ définit ce « socle » devant être commun à l'ensemble des EHPAD. Il recouvre cinq catégories de prestations : les prestations d'administration générale, les prestations d'accueil hôtelier, le service de restauration, le blanchissage et l'animation de la vie sociale. Le décret prévoit également les modalités de regroupement des informations relatives à la capacité d'hébergement ou d'accompagnement, à leurs tarifs et au prix du socle de prestations fournies. Transmises à la CNSA, ces informations permettront d'alimenter le portail d'information www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

Ce dispositif a été complété par la définition d'un taux maximum d'évolution annuelle des prestations d'hébergement des EHPAD, par un second

(1) Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD.

décret du 30 décembre 2015 ⁽¹⁾. Ce décret définit la formule fixant le taux annuel maximal d'évolution du prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement. Le plafond est fixé au 1^{er} janvier de chaque année. La publication de deux arrêtés ⁽²⁾ en parallèle a permis l'entrée en vigueur immédiate de la mesure.

Ces textes ont également facilité, en second lieu, le lancement sans délai des expérimentations liées aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), afin d'intégrer plus étroitement l'aide et les soins à domicile. Un arrêté du 30 décembre 2015 a ainsi défini les contours de cette expérimentation destinée à adapter l'organisation et le fonctionnement de ces services.

- Trois décrets ont ensuite été publiés le 26 février 2016.

Un premier décret ⁽³⁾ définit les missions et le fonctionnement des conférences des financeurs, présentes dans chaque département. Elles doivent recenser les besoins des personnes âgées de plus de 60 ans dans le département et définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention pour une durée maximale de cinq ans. Les financements qu'elles identifient viendront compléter les prestations légales et réglementaires.

Un second décret ⁽⁴⁾ acte la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et simplifie l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement. S'agissant de l'APA, d'une part, ses plafonds sont augmentés et peuvent être dépassés pour financer des solutions de répit pour les proches aidants ou des solutions de relais de l'aidant hospitalisé. Le décret supprime également la majoration de la participation du bénéficiaire prévue en cas de recours à un salarié en emploi direct ne répondant pas à certaines exigences de qualification ou d'expérience. S'agissant des cartes d'invalidité et de stationnement, également, le décret en simplifie la demande pour les personnes âgées relevant des groupes iso-ressources (GIR) 1 et 2.

Un troisième décret ⁽⁵⁾, enfin, fixe les modalités d'attribution aux départements des crédits de la seconde partie du concours relatif à l'APA et le montant prévisionnel de la part de chaque département au titre des années 2016, 2017 et 2018. Il définit, par ailleurs, les règles de calcul des nouveaux concours créés par la loi du 28 décembre 2015 au titre des conférences des financeurs.

(1) Décret n° 2015-1873 du 30 décembre 2015 définissant le taux maximum d'évolution annuelle des prestations d'hébergement des EHPAD.

(2) Arrêté du 30 décembre 2015 relatif aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées et arrêté du 22 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations de SPASAD.

(3) Décret n° 2016-209 du 26 février 2016 relatif à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

(4) Décret n° 2016-210 relatif à la revalorisation et à l'amélioration de l'APA et simplifiant l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement.

(5) Décret n° 2016-212 du 26 février 2016 relatif à certains concours versés aux départements par la CNSA.

Fixant le montant prévisionnel de ces concours pour chaque département, ce décret a été complété par un arrêté du 5 avril 2016 déterminant le montant des enveloppes nationales à répartir entre les départements en 2016.

• Le second trimestre a donné lieu à la publication de quatre décrets supplémentaires, relatifs à l'aide à domicile, aux résidences autonomie et aux procédures d'appel à projet.

Deux décrets sont consacrés à la réforme de l'aide à domicile :

– un décret du 22 avril 2016⁽¹⁾ rassemble dans un cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement applicables à ces services ;

– un décret du 6 juin 2016⁽²⁾ actualise la liste des activités de services à la personne relevant de l'agrément ou de l'autorisation.

Le cadre des résidences autonomie, par ailleurs, a été défini par le décret du 27 mai 2016⁽³⁾, afin de renforcer leur rôle dans la prévention de la perte d'autonomie. Il définit notamment la liste des prestations minimales – individuelles et collectives – délivrées par ces résidences, ainsi que la nature des dépenses prises en charge par le forfait autonomie.

Les règles relatives aux procédures d'appel à projets, enfin, ont été précisées par un décret du 15 juin 2016⁽⁴⁾ afin de soutenir la restructuration de l'offre sociale et médico-sociale. Il élargit notamment les conditions de regroupements des établissements et services. Ce décret révisé également les modalités d'organisation des visites de conformité.

• Les derniers textes d'application publiés ont précisé les conditions techniques applicables aux EHPAD et les contours du nouveau conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

Un décret du 26 août 2016⁽⁵⁾, d'une part, définit les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD. Il définit également la composition de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès de leurs résidents. Il précise, enfin, le rôle des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcé (UHR).

(1) Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

(2) Décret n° 2016-750 du 6 juin 2016 relatif à la liste des activités de services à la personne soumises à agrément ou à autorisation dans le cadre du régime commun de la déclaration.

(3) Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie.

(4) Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation.

(5) Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD.

Un décret du 7 septembre 2016⁽¹⁾, d'autre part, précise les contours du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), qui fusionne le comité départemental des retraités et des personnes âgées et le conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Le décret en précise les missions, le champ de compétence et la composition.

- À ce jour, plus du tiers des textes d'application de la loi du 28 décembre 2015 ont donc été publiés. L'essentiel des textes en attente étant en cours de consultation ou d'examen par le Conseil d'État, ils devraient être publiés d'ici la fin de l'année 2016.

Le rapporteur se félicite de l'entrée en vigueur effective de la loi du 28 décembre 2015 en un temps relativement court. L'objectif de publication des textes restants d'ici la fin de l'année 2016 doit être préservé afin de garantir la pleine mise en œuvre de la réforme au 1^{er} janvier 2017.

B. UNE DÉCLINAISON À COMPLÉTER

22 dispositions voient leur application conditionnée à la publication prochaine de textes réglementaires prévus par la loi du 28 décembre 2015.

- Il s'agit, en premier lieu, de textes d'application relevant directement de la compétence du ministère des Affaires sociales et de la santé.

Outre la réforme de la tarification des EHPAD et celle de la gouvernance des politiques gérontologiques (cf. *infra*), les mesures d'application portent sur :

- l'échange d'informations entre organismes de sécurité sociale afin de repérer les personnes en risque de perte d'autonomie. Le décret est en cours de rédaction ;

- l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées. Le décret, en cours d'examen au Conseil d'État, contiendra un modèle type d'annexe qui permettra de préciser les mesures individuelles prises par l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident ;

- la protection des majeurs, dans le cadre de l'extension à l'ensemble des mandataires de l'obligation de remettre un document individuel de protection des majeurs à la personne prise en charge et de la création d'un appel à candidature pour l'agrément des mandataires exerçant à titre individuel. Un décret en Conseil d'État et un décret simple sont en cours de consultation ;

- l'information obligatoire des autorités administratives en cas de dysfonctionnement ou d'événement grave au sein des établissements et services et

(1) Décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

des lieux de vie et d'accueil soumis à autorisation ou déclaration. Un décret devrait être examiné par le Conseil d'État dans les prochaines semaines ;

– la désignation d'une personne de confiance. Le décret devrait être prochainement publié ;

– les critères et la procédure d'agrément des accueillants familiaux, ainsi que la formation initiale et continue de ces personnes. Les travaux préparatoires au décret ont débuté en septembre 2016.

Les mesures d'application sont également attendues dans le champ de la transmission d'informations relatives à l'APA et du système d'information des MDPH. Quatre décrets sont attendus dans ce domaine, afin de préciser notamment les modalités de transmission à la CNSA des données relatives aux dépenses nettes d'APA et les conditions d'utilisation par les MDPH d'un système d'information commun.

• Il s'agit, en second lieu, de textes d'application relevant de la compétence de ministères distincts.

Les textes d'applications relatifs à la liste des services non individualisables délivrés par les résidences-services constituées en copropriété et au registre spécial des mandats de protection future sont en cours de rédaction par le ministère de la Justice.

Le ministère du Logement, par ailleurs, mène les consultations obligatoires dans le cadre des textes d'applications relatifs à :

– la liste des services non individualisables délivrés par les résidences services ;

– celle des travaux d'adaptation de logements qui peuvent être engagés sans l'accord du propriétaire ;

– l'octroi de l'autorisation spécifique relative aux programmes de construction ou d'aménagement spécifiquement adaptés aux besoins des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Les modalités de transmission des données fiscales aux départements pour les bénéficiaires de l'APA, par ailleurs, seront définies par le ministère de l'Économie et des finances.

Le fractionnement du congé de proche-aidant, enfin, sera précisé par le ministère du Travail, en tenant compte des adaptations apportées par la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

C. DEUX CHANTIERS RÉGLEMENTAIRES PARTICULIÈREMENT ATTENDUS

Parmi ses mesures les plus structurelles, la loi du 28 décembre 2015 a procédé à la réforme de deux piliers de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes : la tarification des EHPAD, d'une part ; la gouvernance des politiques gérontologiques, d'autre part.

● S'agissant de la réforme de la tarification des EHPAD, d'une part, l'article 58 de la loi du 28 décembre 2015 renvoyait au pouvoir réglementaire la définition des nouveaux paramètres financiers applicables à ces établissements.

Quatre décrets rassemblent ces dispositions et sont en cours d'examen par le Conseil d'État. Ils portent sur :

– la modification des dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

– le mode de calcul du forfait global dépendance et des tarifs journaliers afférents à l'hébergement dans un EHPAD ;

– la détermination des minoration applicables au forfait soins lorsqu'un EHPAD refuse de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

– la définition des principes généraux de la tarification et du forfait global de soins des EHPAD.

Conditionnant l'entrée en vigueur de la nouvelle tarification, ces quatre décrets sont particulièrement attendus par les familles comme par les établissements. Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur, la publication des quatre décrets devrait intervenir en novembre 2016.

● S'agissant de la nouvelle gouvernance des politiques gérontologiques, d'autre part, trois piliers ont été définis aux articles 69, 71 et 82 de la loi du 28 décembre 2016.

Il s'agit, tout d'abord, de la création du Haut conseil de l'enfance, de la famille et de l'âge, dont la composition et les modalités de fonctionnement doivent être précisées par décret. Le texte d'application a fait l'objet des consultations obligatoires et devrait être publié en octobre 2016.

Il s'agit, ensuite, de la modification de la composition du conseil de la CNSA. Un troisième vice-président devrait être désigné parmi les représentants des conseils départementaux. Le conseil s'ouvrirait, en outre, à des représentants des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Il s'agit, enfin, de la définition d'un cahier des charges et d'une procédure de labellisation des maisons départementales de l'autonomie.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DE L'ARTICLE RELATIF AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

La Commission des affaires sociales a procédé à l'examen de l'article du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 relatif au secteur médico-social au cours de sa séance du mercredi 19 octobre 2016.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE II Promouvoir les parcours de santé

Article 46

(Art. L. 313-1, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 313-14-2, L. 314-7, L. 314-9, L. 313-14-1, L. 315-12 et L. 315-15 du code de la sécurité sociale ; art. 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement)

Aménagements de la tarification applicable dans le secteur médico-social

Cet article complète la réforme de la tarification progressivement mise en œuvre dans le secteur médico-social et tire les conséquences de la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans ces établissements et services.

I. UNE RÉFORME DE LA TARIFICATION EN COURS DE MISE EN ŒUVRE

Le financement des établissements et services médico-sociaux a été modifié en profondeur en 2016, dans le cadre de la mise en place progressive d'un nouveau cadre financier contractuel. Cette réforme s'applique à l'ensemble du secteur médico-social, qu'il s'agisse des établissements et services accueillant des personnes handicapées – après la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 – ou de ceux accueillant des personnes âgées dépendantes – dans le cadre de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement.

La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et la définition d'une nouvelle tarification constituent les deux piliers de cette réforme structurelle destinée à garantir une gestion efficiente des crédits.

A. LA GÉNÉRALISATION DES CPOM

La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens vise simultanément les secteurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – à compter du 1^{er} janvier 2017 – et des établissements accueillant des personnes handicapées et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) – sur une période transitoire, du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2021.

Prévue par la LFSS pour 2016 et la loi d'adaptation de la société au vieillissement, cette généralisation devrait soutenir la modernisation du dialogue entre les pouvoirs publics et les établissements et services médico-sociaux. Les CPOM doivent permettre de lier deux logiques :

– une logique qualitative, d'une part, avec la définition d'objectifs de qualité et d'efficience ;

– une logique financière, d'autre part, avec la définition de perspectives pluriannuelles sur le financement de ces établissements et services.

En renforçant l'autonomie et la responsabilité du gestionnaire, le CPOM facilitera l'adéquation des ressources aux besoins des publics pris en charge en termes de soins et de dépendance.

L'article 46 du projet de loi tire les conséquences de cette généralisation en supprimant les références aux anciennes conventions tripartites obligatoires. Le 2^o et le 8^o du I procèdent à cette coordination en visant les articles définissant le contenu des CPOM pour les établissements et services accueillant des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes.

B. L'ENTRÉE EN VIGUEUR PROGRESSIVE D'UNE NOUVELLE TARIFICATION

En cohérence avec la nouvelle approche gestionnaire et financière contenue dans les CPOM, les adaptations législatives ont également défini de nouvelles règles de tarification dans les établissements et services médico-sociaux.

La tarification applicable dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en premier lieu, a été réformée par la loi du 28 décembre 2015. Un financement forfaitaire des soins sera défini en fonction de l'estimation des besoins en soins et du niveau de dépendance des résidents. Ce financement forfaitaire reposera, à compter du 1^{er} janvier 2017, sur des équations tarifaires fondées sur l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins

des personnes âgées accueillies dans l'établissement. Les forfaits soins pourront être complétés par des dotations complémentaires prenant en compte des prises en charge spécifiques – par exemple au titre d'une unité d'hébergement renforcé – ou des circonstances ou charges particulières.

Une période transitoire de sept ans est prévue à partir du 1^{er} janvier 2017 afin de faciliter la convergence des établissements vers les forfaits soins et dépendance issus de l'équation tarifaire.

La tarification applicable dans les établissements accueillant des personnes handicapées, en second lieu, a également été rénovée, avec le passage d'une logique en « prix de journée » à un financement en dotation globale. En cohérence avec la généralisation des CPOM, la LFSS pour 2016 prévoit le basculement progressif des établissements financés en prix de journée vers un système de rémunération en dotation globale, mettant ainsi fin à une tarification complexe et considérée comme inflationniste.

Progressivement mise en œuvre, cette réforme de la tarification applicable dans le secteur médico-social est complétée par l'article 46 du projet de loi, afin de faciliter la maîtrise de la trajectoire financière des établissements.

II. LE PROLONGEMENT DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

A. LE RÉGIME DE CADUCITÉ DES AUTORISATIONS DE CRÉATION D'UN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL

Le régime des autorisations de création d'un établissement social ou médico-social est défini à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles. L'autorisation est considérée comme caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai fixé par décret. Ce délai, fixé à trois ans⁽¹⁾, court à compter de la date de notification de l'autorisation.

L'article 46 du projet de loi modifie ce régime de caducité des autorisations en substituant au critère du commencement des travaux celui de l'ouverture effective de la structure.

Le 1^o du I de l'article acte la caducité de l'autorisation si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixés par décret. L'autorité délivrant l'autorisation – le conseil départemental ou le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) – peut toutefois prolonger ce délai lorsque l'ouverture au public est rendue impossible « *pour des raisons objectives et non imputables à l'établissement ou à la structure* »⁽²⁾.

(1) Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale, p. 354.

Le rapporteur partage l'objectif de cette mesure – devant permettre d'éviter la mobilisation de crédits lors de commencements de travaux n'aboutissant pas à une installation effective des places – mais sera attentif à ce que le délai fixé par décret soit raisonnable. Le bon déroulement des opérations de construction et l'accueil adapté du public dépendront de ce délai. À ce titre, il invite le Gouvernement à préciser lors des débats parlementaires le délai envisagé.

Aux termes de l'étude d'impact du projet de loi, le nouveau régime de déchéance des autorisations devrait permettre de récupérer les crédits immobilisés de l'ordre de deux millions d'euros ⁽¹⁾.

B. LA DÉFINITION D'UN PLAN DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE

La logique de dialogue portée par la généralisation des CPOM implique un suivi renforcé de la bonne situation financière des établissements et services.

En cohérence avec les dispositions prévues dans le secteur sanitaire, les tutelles et les gestionnaires sont donc amenées à définir des objectifs partagés et, le cas échéant, des mesures de correction. Visant en particulier les situations de déséquilibre, la définition de mesures de correction faciliterait le respect – et, le cas échéant, le redressement – des trajectoires financières.

Le **c)** du **3°** du **I** de l'article 46 complète, en conséquence, l'article L. 313-12 précité afin de rendre possible l'intégration dans le CPOM d'un plan de retour à l'équilibre, « *lorsque la situation financière de l'établissement l'exige* ». Cette disposition s'applique dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes sans préjudice de celles prévues par le droit existant en cas de déséquilibre financier d'un établissement, qu'il s'agisse de la saisine de la chambre régionale des comptes par le directeur général de l'ARS ou de l'injonction adressée par l'autorité tarificatrice à l'établissement et donnant lieu à un plan de redressement adapté.

Le **b)** du **4°** du **I** procède à la même insertion à l'article L. 313-12-2, consacré aux établissements accueillant des personnes handicapées. En cohérence avec la rédaction retenue pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, l'intégration d'un plan de retour à l'équilibre dans le CPOM s'effectue sans préjudice des dispositions prévues par le droit en vigueur en cas de déséquilibre financier d'un établissement.

La mise en place des plans de retour à l'équilibre devrait faciliter la réduction des déficits des établissements et, en conséquence, le montant de crédits de l'objectif global des dépenses (OGD) consacrés à la reprise des déficits. Selon l'étude d'impact du projet de loi, ces reprises de déficits s'élevaient à 80 millions d'euros en 2012 et 2013 ⁽²⁾.

(1) *Étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale*, p. 356.

(2) *Étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale*, p. 355.

C. LA RÉCUPÉRATION DES SOMMES INDUES

Une fois le CPOM conclu et les dotations versées aux établissements et services, l'autorité de tarification peut demander la récupération de sommes considérées comme indues. Le terme de récupération se substitue ainsi à celui de reversement prévu par le droit en vigueur.

L'article L. 313-14-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit deux cas ouvrant droit à cette demande :

– lorsque les dépenses de la structure n'ont pas de rapport ou sont disproportionnées avec le service rendu ou les coûts d'autres structures fournissant des prestations comparables ;

– lorsque des recettes ne sont pas comptabilisées.

Le 5° du I de l'article 46 précise les modalités de récupération de ces sommes. Cette récupération doit être effectuée en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à reverser est constaté ou du suivant.

D. L'AUTORISATION DES DÉPENSES DE FRAIS DE SIÈGE

Les dépenses relatives aux frais du siège social d'un organisme gestionnaire constituent une part du budget des établissements et services médico-sociaux dont l'autorisation peut être effectuée dans le cadre d'un CPOM.

Or, la généralisation des CPOM effectuée par la loi du 28 décembre 2015 et la LFSS pour 2016 implique de viser l'ensemble des établissements et services médico-sociaux concernés.

Le 6° du I de l'article 46 effectue, en conséquence, une modification de cohérence afin d'inscrire l'autorisation de frais de siège dans le cadre du CPOM.

E. LES DÉLIBÉRATIONS RELATIVES AU BUDGET ET À LA TARIFICATION DES PRESTATIONS DES ÉTABLISSEMENTS

Le conseil d'administration des établissements publics sociaux ou médico-sociaux délibère sur les principales données déterminant la situation financière d'un établissement : le budget, les décisions modificatives, les crédits supplémentaires et la tarification des prestations des établissements. Cette délibération est ouverte dans l'ensemble des établissements, à l'exception de ceux dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales. Cette dernière disposition n'a toutefois jamais été mise en œuvre.

Le 9° du I de l'article 46 clarifie donc le droit en vigueur en supprimant le renvoi à cette disposition : le conseil d'administration de tout établissement social ou médico-social public autonome est compétent pour voter le budget.

III. LA MAÎTRISE DE LA TRAJECTOIRE FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ACCUEILLANT DES PERSONNES ÂGÉES

A. LE CARACTÈRE PRÉVISIONNEL DES FINANCEMENTS DES MONTANTS INSCRITS DANS LE CPOM

Conclu pour une durée de cinq ans avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), le CPOM fixe les obligations de chacune des parties et prévoit les modalités de suivi avec l'appui d'indicateurs. Ses objectifs doivent notamment recouvrir les enjeux de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile.

Le CPOM peut en particulier définir la nature et le montant des financements complémentaires au forfait soins qui visent à prendre en compte des prises en charge spécifiques ou des circonstances ou charges particulières.

Plutôt qu'une donnée fixée et arrêtée pour l'ensemble de la durée du contrat, le montant des financements répond davantage à une logique prévisionnelle, fondée sur les hypothèses financières de l'établissement.

Le **a)** du **3°** du **I** de l'article 46 complète donc l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles régissant le cadre des CPOM afin de préciser la nature prévisionnelle des financements complémentaires inscrits dans les contrats. De fait, ces financements ont vocation à s'ajuster au fil du temps selon la situation financière de l'établissement et les crédits disponibles au sein de l'ARS. L'ARS peut également ajuster ses priorités et, en conséquence, les crédits délivrés à chaque établissement, au sein de sa dotation régionale à enveloppe fermée.

Le rapporteur insiste néanmoins sur la nécessité de garantir une visibilité minimale à l'établissement sur le niveau de financements complémentaires dont il bénéficiera sur la durée d'exécution du CPOM. Ce niveau doit être intégré dans le corps du contrat tout en pouvant être ajusté d'une année à l'autre dans le cadre du dialogue de gestion.

B. LA COMPÉTENCE DES AUTORITÉS TARIFICATRICES POUR RÉVISER L'AFFECTATION DES RÉSULTATS

Dans le cadre d'un dialogue budgétaire conduit entre l'établissement, l'ARS et le conseil départemental, le CPOM définit également des perspectives financières pluriannuelles trouvant leur traduction dans le budget des établissements.

L'article L. 313-12 précité prévoit ainsi que le CPOM contient les éléments pluriannuels budgétaires pour chaque établissement et service et peut

définir les modalités d'affectation des résultats, au regard des objectifs qu'il détermine.

Le **b)** du **3°** du **I** de l'article 46 propose de compléter cette disposition pour la période en amont de la signature du CPOM. Ainsi, dans l'attente de la signature du CPOM, mais dans le cadre du dialogue de gestion, il est proposé que les autorités de tarification puissent procéder à la révision des propositions d'affectation des résultats au moment de l'examen de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses.

C. L'ÉVALUATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE ET DES BESOINS DE SOINS DES RÉSIDENTS

Les mécanismes de contrôle du niveau moyen de dépendance des résidents en EHPAD et de leurs besoins de soins ont été mis en place afin de maîtriser le financement de la perte d'autonomie en établissement. Créés par la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, ils déterminent le niveau des dotations versées aux établissements.

L'évaluation du niveau de dépendance et du besoin de soins des résidents des EHPAD est effectuée en application de la grille « autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources » (AGGIR). Chaque établissement transmet l'évaluation à deux médecins, pour contrôle et validation :

– à un médecin membre d'une équipe médico-sociale du département et un médecin désigné par le directeur général de l'ARS, pour l'évaluation du niveau de dépendance ;

– à un médecin de l'ARS territorialement compétente, désigné par son directeur général, pour l'évaluation des besoins en soins.

Une commission régionale de coordination médicale est, le cas échéant, compétente pour trancher le désaccord entre les deux médecins désignés par les financeurs pour se prononcer sur le niveau de dépendance, ou entre le médecin coordinateur de l'établissement et ces médecins.

Relevant l'insuffisance des ressources humaines pour procéder à l'actualisation régulière de ces évaluations, l'article 46 du projet de loi ouvre la possibilité au président du conseil départemental et au directeur général de l'ARS de désigner des médecins à l'extérieur de ces équipes. Les **a)** et **b)** du **7°** du **I** de l'article procèdent à cette modification à l'article L. 314-9, s'agissant respectivement des médecins compétents pour l'évaluation du niveau de dépendance et de ceux compétents pour l'évaluation des besoins en soins.

D. LA MODULATION DES FINANCEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Dans le cadre de la refonte de la tarification des EHPAD, la loi du 28 décembre 2015 a prévu des dispositions transitoires en amont de la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. À compter du 1^{er} janvier 2017, et dans l'attente de la signature des CPOM, le montant des financements complémentaires au forfait soins – visant à prendre en compte des modalités d'accueil particulières – sera maintenu à son niveau fixé au titre de l'exercice précédent et revalorisé chaque année après application d'un taux fixé nationalement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale.

Plutôt qu'une reconduction automatique du montant attribué l'année précédente, majoré du coefficient d'indexation fixé uniformément à l'échelle nationale, l'article 46 propose de donner à l'ARS la compétence pour ajuster les crédits versés. Le II de l'article ouvre ainsi la possibilité au directeur général de l'ARS territorialement compétente de définir le montant des financements complémentaires attribués dans l'attente de la signature du CPOM. Cette disposition élargirait, en conséquence, les prérogatives de l'ARS dans la définition annuelle des financements, selon la situation financière de chaque établissement.

IV. LA MODULATION DES DOTATIONS DES ÉTABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

A. LA RÉNOVATION PROGRESSIVE DE LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES HANDICAPÉES

La réforme de la tarification des établissements pour personnes handicapées est engagée depuis 2012 et la remise du rapport de la mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) ⁽¹⁾.

Dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP), un comité de pilotage a été installé pour définir un pilotage simplifié et efficace de la dépense et des financements de ces établissements, s'appuyant notamment sur les travaux d'une nouvelle mission IGAS – IGF.

Ce projet de réforme, dénommé « SERAFIN-PH », repose sur des travaux menés au cours de l'année 2015 pour proposer des processus d'allocation de ressources plus simples et équitables. Deux nomenclatures relatives aux besoins des personnes et aux prestations directes et indirectes ont été élaborées dans ce cadre.

(1) « Établissements et services pour personnes handicapées – offre et besoins, modalités de financement », IGAS – IGF, octobre 2012.

Le Gouvernement a identifié trois chantiers prioritaires pour l'année 2016 :

– la réalisation d'une première enquête de coût, avec l'appui de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;

– la déclinaison d'indicateurs construits à partir des nomenclatures SERAFIN-PH dans le tableau de bord médico-social de la performance ;

– l'élaboration de profils destinés à établir les liaisons entre besoins et prestations dans un objectif tarifaire.

Ce projet doit désormais être relié aux réformes tarifaires en cours portées notamment par l'article 75 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016.

B. LA MISE EN PLACE D'UN MÉCANISME DE MODULATION DES DOTATIONS

La généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le champ des établissements accueillant des personnes handicapées est inscrite dans la LFSS pour 2016. En parallèle, le mode de financement des établissements médico-sociaux a été modifié – passant d'une logique en « prix de journée » à un financement en dotation globale. L'élaboration des CPOM s'accompagnera ainsi de l'application d'un nouveau cadre budgétaire – l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) et du passage en dotation globale de fonctionnement. Une période transitoire de six ans est prévue pour l'entrée en vigueur de ces dispositions, du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2021.

La mise en place du nouveau mode de financement de ces établissements pourrait conduire à des écarts de ressources significatifs entre le montant du financement et l'évolution de l'activité. Contrairement au mécanisme du « prix de journée », le niveau des ressources n'est plus directement corrélé au taux d'occupation. Des établissements pourraient donc faire face à un écart croissant entre leur nombre de places et le niveau de leur activité et le montant de leurs dotations.

Afin de ne pas peser sur le niveau des ressources de l'établissement ou sur son taux d'occupation, le **a**) du **4**° du **I** de l'article 46 ouvre la possibilité aux autorités tarifatrices d'inclure dans les CPOM des mécanismes de modulation des dotations. Cette modulation sera alors définie à partir des objectifs d'activité inscrits dans le contrat. L'article L. 313-12-2 prévoit cette possibilité de modulation tout en renvoyant à un décret en Conseil d'État la définition de ses modalités. L'enjeu est notamment de faciliter la transformation de l'offre et la mise en œuvre des objectifs qualitatifs prévus dans les CPOM.

À court terme, cette modulation pourrait toutefois conduire à une réduction des dotations versées par les ARS aux établissements. Le décret en

Conseil d'État devra donc prévoir des mécanismes ciblés permettant d'éviter une variation importante des ressources des établissements d'une année à l'autre.

*

La commission a adopté un amendement de Mme Martine Carillon-Couvreur visant à rendre obligatoire la contractualisation des départements avec les établissements et services accueillant des personnes handicapées et à étendre l'obligation de conclusion d'un CPOM aux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Le rapporteur y a apporté un avis favorable au terme de ses échanges avec l'Association des départements de France (ADF) et du soutien de cette dernière à cette disposition.

*

La Commission examine l'amendement AS415 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Bernadette Laclais. L'amendement est défendu.

M. Philip Cordery, rapporteur pour le secteur médico-social. Je ne crois pas qu'il soit pertinent de rendre les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) obligatoires pour les structures d'accompagnement des publics souffrant d'addiction. S'agissant de structures souvent petites, il nous paraît plus utile de leur conserver un caractère facultatif. Je vous suggère donc de retirer cet amendement.

L'amendement est retiré.

Puis la Commission examine l'amendement AS417 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Bernadette Laclais. L'amendement est défendu.

M. Philip Cordery, rapporteur. Là aussi, je vous demande de retirer l'amendement : il semble opportun d'attendre l'achèvement de la réforme SERAFIN-PH (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) dans le courant de l'année 2017 avant de permettre comme vous le proposez la libre affectation des résultats dans les établissements pour personnes handicapées.

L'amendement est retiré.

Puis la Commission examine l'amendement AS414 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Bernadette Laclais. L'amendement est défendu.

M. Philip Cordery, rapporteur. Avis favorable. Cet amendement vise principalement à rendre obligatoire la signature des CPOM par les départements. L'an dernier, nous avons préféré conserver un caractère optionnel à cette signature ; depuis, un rapport de Frédéric Bierry, président de la commission solidarité et affaires sociales de l'Association des départements de France, a soutenu cette mesure.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 46 modifié.

*

* *

Article additionnel après l'article 46

Demande de rapport sur la mise en place d'un fonds d'amorçage pluriannuel de prévention des départs non choisis en Belgique

La Commission examine l'amendement AS452 du rapporteur Philip Cordery.

M. Philip Cordery, rapporteur pour le secteur médico-social. Un fonds d'amorçage et un plan de prévention des départs non choisis ont été mis en place en 2016 afin d'éviter les départs non choisis vers la Belgique. Je formule à ce sujet plusieurs recommandations dans le rapport relatif au secteur médico-social, qui sera présenté en séance. Cet amendement vise à définir les conditions de mise en place d'un fonds d'amorçage pluriannuel.

La Commission adopte l'amendement.

*

* *

**ANNEXE 1 :
RÉPARTITION DES ENFANTS PRÉSENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS
CONVENTIONNÉS PAR DÉPARTEMENT (AU 31 DÉCEMBRE 2015)**

N°	Département d'origine	Nombre de services différents	Nombre de personnes TOTAL	IME	ITEP	FH/FO /FV	ESAT	ESAT + FH	FAM	MAS	Autre
2	Aisne	9	24	12	9			1	0	1	1
6	Alpes-Maritimes	1	1	1							
7	Ardèche	1	1							1	
8	Ardennes	3	4	4							
14	Calvados	1	1							1	
16	Charente	1	1	1							
27	Eure	1	1	1							
28	Eure-et-Loir	3	4	4							
30	Gard	1	1	1							
31	Haute-Garonne	1	1	1							
35	Ille-et-Vilaine	1	2	2							
37	Indre-et-Loire	1	1							1	
44	Loire-Atlantique	1	1	1							
45	Loiret	1	1								1
51	Marne	1	2	1						1	
52	Haute-Marne	1	1	1							
54	Meurthe-et-Moselle	4	92	12	10		1		1		68
55	Meuse	2	33	4	6						23
56	Morbihan	1	1	1							
57	Moselle	2	19	2	7					1	9
59	Nord	20	716	363	186	1	21	28	24	93	
60	Oise	4	10	10							
62	Pas-de-Calais	18	219	103	87		4	3	2	6	14
67	Bas-Rhin	1	1	1							
69	Rhône	1	1	1							
75	Paris	9	27	22						5	
76	Seine-Maritime	2	2	1							1
77	Seine-et-Marne	2	3	3							
78	Yvelines	3	14	8		1			1	2	2
80	Somme	9	13	11	1					1	
85	Vendée	1	1							1	
86	Vienne	1	1	1							
88	Vosges	1	1		1						
91	Essonne	8	37	35	2						
92	Hauts-de-Seine	8	30	29							1
93	Seine-St-Denis	13	89	71						6	12
94	Val-de-Marne	10	29	25						4	
95	Val-d'Oise	5	63	63							
971	Guadeloupe	1	1	1							
2B	Haute-Corse	1	1	1							
	TOTAL	24	1 451	798	309	2	26	32	28	124	132

Source : Agence régionale de santé des Hauts de France

**ANNEXE 2 :
RÉPARTITION DES PRÉSENCES ADULTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS
BELGES PAR DÉPARTEMENT (AU 31 DÉCEMBRE 2015)**

N°	Département d'origine	Nombre de services différents	Nombre de personnes TOTAL	FH/FO/F V	ESAT	ESAT + FH	FAM	MAS	NC
59	Nord	107	1 165	585		46	110	421	3
93	Seine-St-Denis	83	399	245		4	45	105	
75	Paris	91	388	147			76	165	
91	Essonne	65	340	163			124	53	
60	Oise	62	315	237			46	29	3
95	Val-d'Oise	65	303	195			77	31	
92	Hauts-de-Seine	78	269	121		1	86	61	
8	Ardennes	42	256	196		2	14	44	
78	Yvelines	48	181	123			28	30	
77	Seine-et-Marne	37	168	75			23	70	
62	Pas-de-Calais	48	162	89			7	66	
94	Val-de-Marne	57	158	67			35	56	
2	Aisne	33	154	131			17	6	
76	Seine-Maritime	34	100	31			14	55	
55	Meuse	14	88	57	1			30	
51	Marne	32	78	50			6	22	
57	Moselle	30	75	23			29	23	
80	Somme	32	70	22			30	18	
13	Bouches du Rhône	30	66	17			34	15	
54	Meurthe-et-Moselle	20	60	36			3	21	
6	Alpes-Maritimes	15	52	1			12	39	
28	Eure-et-Loir	23	49	26		1	20	1	1
45	Loiret	27	42	14			23	5	
67	Bas-Rhin	16	34	7			22	5	
37	Indre-et-Loire	23	31	25			5	1	
14	Calvados	19	30	12			3	15	
27	Eure	14	25	9		1	2	13	
83	Var	13	24	9			7	8	
52	Haute-Marne	14	20	8			5	7	
10	Aube	10	17	8			6	3	
44	Loire-Atlantique	8	17	7			6	4	
42	Loire	5	16	6			8	2	
41	Loir-et-Cher	9	15	2			3	10	
69	Rhône	9	15	3			10	2	
89	Yonne	9	10	4			3	3	
972	Martinique	9	10	4			3	3	
21	Côte d'Or	9	9	3			3	3	

N°	Département d'origine	Nombre de services différents	Nombre de personnes TOTAL	FH/FO/F V	ESAT	ESAT + FH	FAM	MAS	NC
971	Guadeloupe	7	8	6			1	1	
66	Pyrénées-Orientales	4	7	2				5	
49	Maine et Loire	4	6	2			4		
63	Puy-de-Dôme	6	6	1			4	1	
64	Pyrénées-Atlantiques	5	6				1	5	
68	Haut-Rhin	5	6	3			1	2	
19	Corrèze	4	5				1	4	
34	Hérault	4	5				1	4	
71	Saône-et-Loire	4	5	1			2	2	
73	Savoie	3	5				5		
74	Haute-Savoie	3	5	1			3	1	
17	Charente Maritime	4	4	2				2	
32	Gers	4	4				1	3	
61	Orne	3	4	4					
72	Sarthe	3	4	3			1		
3	Allier	3	3	1				2	
29	Finistère	3	3	2				1	
33	Gironde	3	3				1	2	
39	Jura	2	3	2			1		
40	Landes	2	3					3	
48	Lozère	3	3	1				2	
50	Manche	3	3	1				2	
53	Mayenne	3	3	2			1		
65	Hautes-Pyrénées	2	3				1	2	
81	Tarn	2	3	2				1	
84	Vaucluse	3	3				1	2	
5	Hautes-Alpes	1	2	1			1		
16	Charente	2	2	1			1		
22	Côtes d'Armor	2	2	1				1	
23	Creuse	2	2	1				1	
25	Doubs	2	2	1				1	
31	Haute-Garonne	2	2	2					
35	Ille-et-Vilaine	2	2					2	
36	Indre	2	2	1				1	
38	Isère	2	2	1				1	
58	Nièvre	2	2					2	
70	Haute-Saône	2	2	1				1	
79	Deux-Sèvres	2	2	1				1	
85	Vendée	2	2	1				1	
86	Vienne	2	2	1			1		

N°	Département d'origine	Nombre de services différents	Nombre de personnes TOTAL	FH/FO/F V	ESAT	ESAT + FH	FAM	MAS	NC
87	Haute-Vienne	2	2					2	
88	Vosges	2	2				1	1	
2B	Haute-Corse	2	2	1			1		
4	Alpes-de-Haute-Provence	1	1	1					
9	Ariège	1	1					1	
12	Aveyron	1	1					1	
24	Dordogne	1	1					1	
26	Drôme	1	1				1		
30	Gard	1	1					1	
46	Lot	1	1	1					
56	Morbihan	1	1					1	
973	Guyane	1	1				1		
974	Réunion	1	1					1	
1	Ain	0	0						
7	Ardèche	0	0						
non communiqué		-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		178	5 368	2 810	1	55	982	1 513	7

Source : Agence régionale de santé des Hauts de France

**ANNEXE 3 :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES**

(par ordre chronologique)

- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – Mme Geneviève Gueydan**, directrice, **M. Xavier Dupont**, directeur des établissements et services médicaux-sociaux, et **M. Sylvain Turgis**, directeur des affaires générales et financières
- **Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (Fegapei) – Mme Marie Aboussa**, directrice Services aux adhérents, et **M. Benjamin Oppert**, chargé des relations institutionnelles, conseiller Vie régionale
- **Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) – Mme Annie Coletta**, présidente et directrice de la MDPH du Calvados, et **M. Thierry Juillet**, directeur de la MDPH de Saône-et-Loire
- **Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) – M. Romain Gizolme**, directeur
- **Table ronde de fédérations d'usagers :**
 - **Association des paralysés de France (APF) – Mme Aude Bourden**, conseillère nationale Santé – Médico-social
 - **Parents en colère ! 77 – Mme Nathalie Calonne**, présidente, **Mme Sylviane Landais** et **Mme Yahia Taguemout**, membres actifs
 - **Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI) – Mme Coryne Husse**, première vice-présidente et **Mme Isabelle Chandler**, directrice du pôle action nationales et internationales
 - **Collectif autisme – Mme Danièle Langlois**, présidente
- **Table ronde avec les représentants des services d'aide à domicile :**
 - **Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) – Mme Maud Collomb**, directrice adjointe
 - **Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA) – M. Vincent Vincentelli**, responsable de la réglementation des secteurs d'activités
 - **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS) (*) – Mme Caroline Selva**,

conseillère technique Autonomie et citoyenneté des personnes âgées et personnes handicapées, et **M. Ronald Maire**, conseiller technique Organisation territoriale – Politiques sanitaires et sociales

- **Table ronde avec les représentants des établissements pour personnes âgées :**
 - **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA)** – **Mme Florence Arnaiz-Maumé**, déléguée générale, **M. Jean-André Martini**, conseiller affaires publiques et communication, et **M. Éric Fregona**, conseiller médico-social
 - **Fédération des établissements hospitaliers et d’assistance privés à but non lucratif (FEHAP)** – **M. Yves-Jean Dupuis**, directeur général, et **Mme Adeline Leberche**, directrice du pôle médico-social
- **Association nationale des centres hospitaliers locaux (ANCHL)** – **M. Dominique Colas**, président
- **Ministère des affaires sociales et de la santé – Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – **M. Jean-Philippe Viquant**, directeur général, **Mme Stéphanie Talbot**, cheffe de bureau de l’insertion, citoyenneté et parcours de vie des personnes handicapées, et **M. Boris Minot**, chef de bureau gouvernance du secteur social et médico-social
- **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** – **M. Christian Dubosq**, inspecteur général des affaires sociales
- **Croix Rouge** – **Mme Ingrid Lauvray**, déléguée nationale Croix Rouge française pour les filières handicap et domicile, et **M. Jean Fabre Mons**, responsable des relations institutionnelles à la Croix-Rouge française
- **Autisme France** – **Mme Isabelle Resplendino**, déléguée aux Français de Belgique, et **M. Dirk Mostien**
- **Audition commune :**
 - **Association d’Aide aux Personnes Inadaptées Mentales Hors de France (APIM-HF)** – **M. François Richir**, président
 - **Union départementale d’associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UDAPEI) Papillons Blancs du Nord** – **M. Claude Hocquet**, président, et **M. Bernard Rodrigues**, directeur général

(*) *Ce représentant d’intérêt a procédé à son inscription sur le registre de l’Assemblée nationale s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale.*