

N° 107

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 7 novembre 2012

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de  
financement de la sécurité sociale pour 2013, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE  
NATIONALE,*

Par M. Ronan KERDRAON,  
Sénateur.

Tome III :  
Secteur médico-social

---

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, *présidente* ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, *vice-présidents* ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, Catherine Deroche, M. Marc Laménié, Mme Chantal Jouanno, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, MM. Jean-Noël Cardoux, Luc Carvounas, Mme Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mme Michelle Meunier, M. Alain Néri, Mme Isabelle Pasquet, M. Louis Pinton, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

**Voir les numéros :**

Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) : 287, 301, 302 et T.A. 29

Sénat : 103 et 104 (2012-2013)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	7
<b>I. LA NOUVELLE IMPULSION APPORTÉE AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL PAR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013</b> .....	9
<b>A. LA PROGRESSION DES CRÉDITS ALLOUÉS AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL</b> .....	9
1. <i>L'évolution de l'Ondam médico-social et de l'objectif global de dépenses</i> .....	9
a) L'évolution favorable de l'Ondam médico-social .....	9
b) La progression de l'objectif global de dépenses .....	9
2. <i>Le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i> .....	10
<b>B. LES POINTS D'ATTENTION CONCERNANT LA CONSOMMATION DES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX</b> .....	14
1. <i>Les mesures de mises en réserve</i> .....	14
2. <i>La sous-consommation chronique de l'objectif global de dépenses</i> .....	15
<b>II. LE BILAN DES PLANS MENÉS À DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPÉES ET ÂGÉES</b> .....	17
<b>A. LE PROGRAMME PLURIANNUEL DE CRÉATION DE PLACES POUR UN ACCOMPAGNEMENT TOUT AU LONG DE LA VIE DES PERSONNES HANDICAPÉES</b> .....	17
<b>B. LES PLANS SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉS AUX PERSONNES ÂGÉES</b> .....	18
1. <i>Le plan solidarité grand âge</i> .....	18
2. <i>Le plan Alzheimer et maladies apparentées</i> .....	19
<b>III. VERS LA DÉFINITION DES CONTOURS DE LA FUTURE RÉFORME DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE</b> .....	21
<b>A. LES PREMIERS JALONS POSÉS PAR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013</b> .....	21
1. <i>L'expérimentation d'un parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie</i> .....	21
2. <i>Un premier mouvement vers la mobilisation de recettes nouvelles</i> .....	22
<b>B. LA NÉCESSITÉ DE REPREDRE LE CHANTIER DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES</b> .....	22
1. <i>Un processus de réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes largement inabouti</i> .....	22
a) Un processus de « pathossification » encore loin d'être achevé .....	23
b) Une tarification à la ressource au point mort .....	24
c) Le coup d'arrêt porté à l'expérimentation de l'option tarifaire globale .....	26
2. <i>Des enjeux récurrents</i> .....	27
a) Le processus de convergence tarifaire .....	27
b) La mise en place d'enveloppes budgétaires propres liées à l'exercice de missions spécifiques .....	28
3. <i>Le besoin de réforme des services d'aide et d'accompagnement à domicile</i> .....	28

C. L'ENJEU SPÉCIFIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES.....	29
D. LES ÉVOLUTIONS SOUHAITABLES CONCERNANT LA GOUVERNANCE DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL .....	30
1. <i>Un rôle de la CNSA amené à se renforcer</i> .....	30
2. <i>Une place des départements à conforter</i> .....	31

### Les observations du rapporteur pour le secteur médico-social

• Votre rapporteur se félicite d'une **progression de l'Ondam médico-social de 4 % pour l'année 2013**, plus soutenue que celle de l'Ondam global fixée à 2,7 %. Cette hausse sera de **4,6 %** dans le secteur des **personnes âgées**, où l'Ondam s'élèvera à **8,39 milliards d'euros** en 2013, et de **3,3 %** dans celui des personnes handicapées où il s'établira à **8,72 milliards d'euros**.

• L'**objectif global de dépenses (OGD)** devrait quant à lui être porté à **18,25 milliards d'euros** en 2013, en hausse de **3,7 %** par rapport à 2012.

• Sur les **650 millions d'euros** de crédits supplémentaires qui seront alloués à l'OGD en 2013, **255 millions** sont destinés à la **reconduction des moyens** dans les Ehpad et les établissements pour personnes handicapées. Il s'agit là d'un effort non négligeable qui devrait en particulier permettre aux établissements de faire face plus sereinement à l'évolution de leurs charges de personnel.

• **147 millions d'euros** seront par ailleurs consacrés à la **médicalisation des Ehpad** et **100 millions d'euros** viendront financer les **installations de places**, 3 200 dans le secteur des personnes âgées et 3 000 dans celui des personnes handicapées.

• Votre rapporteur soutient la volonté du Gouvernement de mener à leur terme les différents plans engagés lors des législatures précédentes. Il sera particulièrement attentif à l'**évaluation du plan Alzheimer** et aux leçons qui seront tirées des difficultés qu'ont pu rencontrer les acteurs de terrain dans la mise en œuvre de celui-ci.

• Si ces évolutions sont positives, votre rapporteur tient malgré tout à souligner sa préoccupation quant à la **sous-consommation chronique de l'OGD**. Celle-ci a été de **270 millions d'euros en 2011**. Dans un contexte budgétaire contraint et compte tenu des besoins du secteur médico-social, il est particulièrement regrettable que le Parlement vote chaque année un Ondam médico-social dont la progression ne se traduit pas entièrement par des moyens supplémentaires accordés aux établissements et services médico-sociaux.

• Annoncée pour 2014, la réforme tant attendue de la **prise en charge de la perte d'autonomie** trouve dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013 ses premiers jalons. En créant une **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie** (la « Casa ») assise sur les pensions de retraite et d'invalidité, à l'exception des plus modestes, l'article 16 du PLFSS permet de mobiliser dès à présent les ressources qui seront nécessaires au financement de la réforme. Par ailleurs, l'expérimentation prévue à l'article 41 tendant à améliorer le **parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie** constitue une avancée positive qui devrait contribuer au décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social.

• L'article 55, qui fixe à près de **50 millions d'euros** le montant du **plan d'aide à l'investissement (PAI)** porté par la CNSA pour accompagner les établissements et services médico-sociaux constitue un autre motif de satisfaction pour votre rapporteur. Celui-ci reste cependant attentif aux mises en réserve auxquelles pourrait être soumis le PAI dans le cadre des mesures de régulation de l'Ondam global.

• Enfin, votre rapporteur salue la mise en place, à l'article 55 *bis*, d'un nouveau **fonds de restructuration pour les services d'aide à domicile**. Il s'agit d'une mesure indispensable dans l'attente d'une réforme plus globale de ce secteur dont votre rapporteur souhaite qu'elle puisse s'articuler avec les expérimentations en matière de tarification des services conduites dans plusieurs départements depuis le début de l'année 2012.



Mesdames, Messieurs,

Avec une évolution positive de 4 % pour l'année 2013, l'Ondam médico-social affiche une progression plus soutenue que celle de l'Ondam dans son ensemble et devrait s'établir l'année prochaine à 17,11 milliards d'euros. La hausse serait de 4,6 % dans le secteur des personnes âgées et de 3,3 % dans celui des personnes handicapées.

L'objectif global de dépenses (OGD), quant à lui, serait porté à 18,25 milliards d'euros, en hausse de 3,7 % par rapport à l'année 2012.

Sur les 650 millions de crédits supplémentaires alloués à l'OGD pour l'année 2013, 255 millions portent sur la reconduction des moyens existants, 147 millions seront dédiés à la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et 100 millions à la création de places nouvelles dans le cadre de la poursuite des plans entamés lors des législatures précédentes.

S'il est légitime de se satisfaire de l'évolution des crédits alloués au secteur médico-social, votre rapporteur tient malgré tout à souligner sa préoccupation quant à la sous-consommation chronique de l'OGD, qui a été de 270 millions d'euros en 2011. Cette situation devra trouver une solution rapide sous peine que les établissements et services médico-sociaux ne voient plus dans le taux d'évolution de l'Ondam qu'une mesure d'affichage politique dont la traduction pratique ne serait pas à la hauteur des attentes suscitées.

Dans ses observations présentées l'année dernière à la même époque pour le secteur médico-social, votre rapporteur soulignait sa profonde déception quant au coup d'arrêt porté au projet de réforme de la dépendance par le précédent gouvernement. Aujourd'hui, la situation a changé et un projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie devrait être présenté au Parlement au cours de l'année 2014.

Il s'agit là d'un chantier ambitieux dont le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pose les premières bases. Son article 16, en élargissant l'assiette de la contribution de solidarité pour l'autonomie aux pensions de retraite et d'invalidité à partir d'un certain niveau de revenu, doit permettre la mobilisation de recettes supplémentaires qui seront mises en réserve au sein d'une section nouvelle du budget de la CNSA. L'article 41, quant à lui, permet l'expérimentation d'un parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Ce faisant, il ouvre la voie à une amélioration de la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social en vue d'une prise en charge plus adaptée des patients âgés.

D'autres thématiques devront être ouvertes dans le cadre de la réforme prévue pour 2014. La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes constitue un enjeu propre qui nécessite la mise en œuvre d'une réponse adaptée. La place des départements, des agences régionales de santé et de la CNSA dans la gouvernance du secteur médico-social devra également être évaluée et adaptée en conséquence.

Enfin, l'enjeu de la tarification des établissements et services médico-sociaux occupera certainement une place centrale. Sur ce point, l'action du gouvernement précédent s'est caractérisée par l'absence de cap clair dans la conduite des réformes. Si le sujet est complexe, votre rapporteur estime nécessaire de reprendre ce dossier afin de poser rapidement les fondements de modes de tarification plus adaptés.

## I. LA NOUVELLE IMPULSION APPORTÉE AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL PAR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013

### A. LA PROGRESSION DES CRÉDITS ALLOUÉS AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

#### 1. L'évolution de l'Ondam médico-social et de l'objectif global de dépenses

##### a) L'évolution favorable de l'Ondam médico-social

Pour l'année 2013, l'article 59 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) fixe le niveau de **l'Ondam médico-social à 17,11 milliards d'euros**, en hausse de **4 %** par rapport à l'année 2012 pour une **augmentation globale de l'Ondam de 2,7 %**.

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses des **établissements et services pour personnes âgées serait de 8,4 milliards d'euros**, soit une augmentation de **4,6 %** par rapport à 2012. Celle destinée aux **établissements et services pour personnes handicapées** progresserait de **3,3 %** par rapport à l'année précédente pour s'établir à **8,7 milliards d'euros**.

#### Evolution des montants arrêtés et exécutés de l'Ondam médico-social depuis 2009

*(en millions d'euros)*

	2009		2010		2011		2012
	arrêté	exécuté	arrêté	exécuté	arrêté	exécuté	arrêté
Personnes âgées	6 417	6 267	7 270	7 170	7 587	7 587	8 045
Personnes handicapées	7 727	7 727	7 941	7 947	8 252	8 252	8 444
<b>Total</b>	<b>14 144</b>	<b>13 994</b>	<b>15 211</b>	<b>15 117</b>	<b>15 839</b>	<b>15 839</b>	<b>16 489</b>

*Source : DGCS*

##### b) La progression de l'objectif global de dépenses

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) assure la gestion de **l'objectif global de dépenses (OGD)**, fixé chaque année par arrêté ministériel et constitué de l'Ondam médico-social auquel s'ajoute une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) affecté au budget de la CNSA.

En 2013, l'OGD devrait s'établir à **18,25 milliards d'euros**, en hausse de **3,7 %** par rapport à l'année précédente. Cet objectif se décomposerait en **9,26 milliards d'euros consacrés aux personnes âgées**, correspondant à une augmentation de **4,1 %**, et **8,99 milliards d'euros destinés aux personnes handicapées**, en hausse de **3,3 %**.

**Evolution des montants arrêtés et exécutés  
de l'objectif global de dépenses depuis 2009**

*(en millions d'euros)*

	2009		2010		2011		2012
	arrêté	exécuté	arrêté	exécuté	arrêté	exécuté	arrêté
Personnes âgées	7 592	7 250	8 182	7 960	8 547	8 301	8 925
Personnes handicapées	8 010	8 066	8 204	8 304	8 503	8 478	8 703
<b>Total</b>	<b>15 602</b>	<b>15 316</b>	<b>16 386</b>	<b>16 264</b>	<b>17 050</b>	<b>16 779</b>	<b>17 628</b>

*Source : DGCS*

Sur les **650 millions d'euros de crédits supplémentaires** qui seront alloués à l'OGD en 2013, **255 millions** sont destinés à **la reconduction des moyens dans les Ehpad et les établissements pour personnes handicapées**, contre 137 millions en 2012. Le taux de reconduction des moyens est donc porté à **1,4 %** en 2013 au lieu de **0,8 %** en 2012. Il s'agit là d'un effort non négligeable qui devrait en particulier permettre aux établissements de faire face plus sereinement à l'évolution de leurs charges de personnel.

**147 millions d'euros** seront par ailleurs consacrés à **la médicalisation des Ehpad** ce qui, selon le Gouvernement, devrait contribuer au renouvellement des conventions tripartites de près de 900 établissements ainsi qu'à la création d'environ 7 000 emplois.

**100 millions d'euros** viendront financer **les installations de places, 3 200 dans le secteur des personnes âgées et 3 000 dans celui des personnes handicapées**. Ces installations s'effectuent dans le cadre du plan solidarité grand âge et du programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées.

L'article 55 du PLFSS reconduit par ailleurs pour l'année 2013 le prélèvement de 2 % effectué en 2012 sur le produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) affecté à la section I du budget de la CNSA pour financer **le plan d'aide à l'investissement (PAI)**. L'annexe 8 au PLFSS fixant à 2 439 millions d'euros les prévisions de recettes de CSA pour l'année 2013, le montant du PAI s'élèverait à 48,8 millions d'euros l'année prochaine. Selon le Gouvernement, cette somme devrait contribuer à la rénovation et à la modernisation de soixante à soixante-dix établissements.

## **2. Le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

Si l'OGD représente l'essentiel du **budget de la CNSA**, celui-ci s'élevait en 2012 à **20,7 milliards d'euros**.

En particulier, la CNSA contribue au financement de **l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa)** et de la **prestation de compensation du handicap (PCH)**. Ces deux postes de dépenses représentent en 2012 respectivement 1 651,4 millions d'euros et 544,7 millions d'euros.

La CNSA participe également au fonctionnement des **maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** à hauteur de 60 millions d'euros en 2012 et pour 70 millions d'euros au financement **d'actions de modernisation, de professionnalisation et de formation**.

Le budget primitif pour l'année 2012, présenté au conseil de la CNSA le 15 novembre 2011, prévoyait une augmentation de ses charges de 2,6 % devant conduire à un résultat excédentaire de 3 millions d'euros.

Il a été modifié à trois reprises au cours de l'exercice budgétaire, en février pour tenir compte des baisses de prévisions de recettes, en avril pour dégeler 70 millions d'euros de crédits mis en réserve en 2011 en faveur du PAI puis en juillet afin de majorer ce même plan à hauteur de 50 millions d'euros. Au final, le déficit prévisionnel de la CNSA était estimé à cette date à 127 millions d'euros.

Après avoir diminué fortement en 2010, les réserves de la CNSA ont connu une remontée sensible l'année suivante où elles se sont établies à 471 millions d'euros en raison notamment de la sous-consommation de l'OGD. Compte tenu des prévisions de déficit pour cette année, elles devraient passer à 344 millions d'euros en 2012.

#### Résultat annuel et réserves de la CNSA depuis 2005

*(en millions d'euros)*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Résultat	528	129	298	56	- 474	- 292	223	- 127
Réserves	532	660	958	1 014	540	248	471	344

*Source : DGCS*

Les **ressources propres** de la CNSA sont composées d'une **fraction de 0,1 point de CSG** ainsi que de la **CSA**.

Créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées<sup>1</sup>, cette dernière est elle-même composée de deux types de ressources :

- une **contribution de 0,3 %** assise sur les **revenus des travailleurs salariés** due par les employeurs publics et privés, correspondant à la « journée de solidarité » ;

---

<sup>1</sup> Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- une **contribution additionnelle de 0,3 %** au prélèvement social de 2 % qui s'applique aux **revenus du patrimoine et aux produits de placement**.

En 2012, les ressources propres de la CNSA ont représenté 17 % de l'ensemble des produits qui lui sont affectés. Le budget prévisionnel pour l'année 2013 est bâti sur une **hypothèse de croissance de celles-ci de 2,2 %**.

#### Evolution des ressources propres de la CNSA depuis 2006

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CSG*	1 022,0	1 078,4	1 123,1	1 099,4	1 121,6	1 156,6	1 193,5	1 221,6
CSA*	2 084,9	2 219,6	2 295,5	2 206,1	2 239,0	2 333,5	2 388,5	2 439,3
Total produits bruts	3 106,9	3 298,0	3 418,6	3 305,5	3 360,6	3 490,1	3 582,0	3 660,9
Total produits nets**	3 085,0	3 261,7	3 377,6	3 263,9	3 299,7	3 449,5	3 529,0	3 607,1

\* Produits bruts

Source : Annexe 8 au PLFSS 2013

\*\* Sont soustraits des produits nets les frais de collecte de l'Acoss et les atténuations de recettes

## Le budget de la CNSA en 2012

Budget CNSA 2012 en millions d'euros			
CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
<b>Section I – Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>17 739,7</b>	<b>Section I – Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>17 739,7</b>
<b>Sous-Section 1</b> <b>Établissements et services accueillant des personnes handicapées</b>	<b>8 755,4</b>	<b>Sous-Section 1</b> <b>Établissements et services accueillant des personnes handicapées</b>	<b>8 755,4</b>
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 703,4	Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	310,8
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	27,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 444,4
Agence nationale d'évaluation des ets et serv. médico-sociaux (ANESM)	0,8	Déficit	0,1
Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
Opérations diverses	23,7		
Excédent	0,0		
<b>Sous-Section 2</b> <b>Établissements et services accueillant des personnes âgées</b>	<b>8 984,3</b>	<b>Sous-Section 2</b> <b>Établissements et services accueillant des personnes âgées</b>	<b>8 984,3</b>
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 924,4	Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	932,5
Financement de 123 MAIA (dont 88 nouvelles en 2012)	27,5	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 044,4
Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,5	Déficit	7,4
Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATH)	0,5		
Opérations diverses	29,9		
Excédent	0,0		
<b>Section II – Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>	<b>1 680,6</b>	<b>Section II – Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>	<b>1 680,6</b>
Concours versés aux départements (APA)	1 651,4	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	478,2
Congé de soutien familial	0,5	Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 131,6
Opérations diverses	28,7	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	68,7
		Produits financiers	2,0
<b>Section III – Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées</b>	<b>623,9</b>	<b>Section III – Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées</b>	<b>623,9</b>
Concours versés aux départements (PCH)	544,7	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	621,7
Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	Produits financiers	2,0
Majoration AEEH (versement CNAF) provisionnée	0,2	Reprise de provisions « Majoration AEEH »	0,2
Congé de soutien familial	0,5		
Opérations diverses	18,5		
<b>Section IV – Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées</b>	<b>166,5</b>	<b>Section IV – Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées</b>	<b>166,5</b>
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	70,3	Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	59,6
Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile	25,0	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Charges provisionnées	70,0	Dotations Etat fonds d'urgence aide à domicile	25,0
Opérations diverses	1,2	Reprise de provisions	70,0
Excédent	0,0	Déficit	0,0
<b>Section V – Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>	<b>503,8</b>	<b>Section V – Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>	<b>503,8</b>
<b>Sous-section 1</b> <b>Actions en faveur des personnes âgées</b>	<b>333,4</b>	<b>Sous-section 1</b> <b>Actions en faveur des personnes âgées</b>	<b>333,4</b>
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
Charges provisionnées	9,5	Reprise de provisions	9,5
PAI 2012	103,9	Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2011 »	210,0	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	210,0
Excédent	0,0	Déficit	80,0
<b>Sous-section 2</b> <b>Actions en faveur des personnes handicapées</b>	<b>170,4</b>	<b>Sous-section 2</b> <b>Actions en faveur des personnes handicapées</b>	<b>170,4</b>
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la section III	10,0
Charges provisionnées	6,5	Reprise de provisions	6,5
PAI 2012	63,9	Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	23,9
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2011 »	90,0	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	90,0
Excédent	0,0	Déficit	40,0
<b>Section VI – Frais de gestion de la caisse</b>	<b>17,2</b>	<b>Section VI – Frais de gestion de la caisse</b>	<b>17,2</b>
Dépenses de fonctionnement/CNSA	7,1	Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	17,1
Dotations aux provisions	0,1	Reprise de provisions	0,1
Dépenses de personnel/CNSA	9,6		
Excédent	0,4		
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>20 682,2</b>	<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>20 555,1</b>
<b>Résultat prévisionnel (excédent)</b>	<b>0,0</b>	<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>	<b>127,1</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>20 682,2</b>	<b>Total équilibre du compte</b>	<b>20 682,2</b>
* Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	15,4		
<b>Total atténuation de recettes</b>	<b>37,6</b>		

Source : Annexe 8 au PLFSS 2013

## **B. LES POINTS D'ATTENTION CONCERNANT LA CONSOMMATION DES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX**

### **1. Les mesures de mises en réserve**

Afin de respecter l'Ondam dans son ensemble et conformément à l'article 8 de la loi du 20 décembre 2010 de programmation des finances publiques<sup>1</sup>, **100 millions d'euros ont été gelés en 2011 puis 2012 au sein du budget de la CNSA.**

Pour l'année 2011, les mesures de gel ont porté à hauteur de 28,7 millions d'euros sur l'OGD et de 71,3 millions d'euros sur le plan d'aide à l'investissement (PAI).

En 2012, 37 millions d'euros de mises en réserve ont été effectuées sur l'OGD personnes âgées, 48 millions d'euros sur le PAI 2012 et 15 millions sur des crédits résultant de l'annulation d'opérations incluses dans des PAI antérieurs.

Votre rapporteur avait regretté l'année dernière que l'Ondam médico-social supporte près de **20 % des mises en réserve annuelles alors qu'il ne représente qu'environ 10 % de l'Ondam** dans son ensemble. Il avait en outre souligné que ce gel constituait une **entorse au principe de fongibilité asymétrique** destiné à ce que les enveloppes de crédits médico-sociaux gérées par les ARS ne puissent être utilisées au profit du secteur sanitaire.

Par ailleurs, **les gels effectués en 2011 et 2012 ont porté pour l'essentiel sur des crédits d'aide à l'investissement.** Outre qu'elles sont sources d'incertitude pour les établissements susceptibles de bénéficier de ces aides, de telles mesures risquent de nuire à la lisibilité de l'action menée dans ce domaine par la CNSA.

S'appuyant sur les recommandations du rapport Briet<sup>2</sup>, les mesures de gel de l'Ondam mises en œuvre par le précédent gouvernement ont exclusivement porté sur des crédits s'apparentant à des dotations budgétaires. Dans le secteur sanitaire, cela conduisait en pratique à faire peser l'essentiel des mises en réserve sur les crédits d'aide à la contractualisation. Or, le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat, publié en juillet dernier, sur la tarification hospitalière<sup>3</sup> a contesté cette logique et recommandé de rapprocher la régulation des dépenses de l'évolution de l'activité de chaque établissement.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques.

<sup>2</sup> Raoul Briet, Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, mai 2010.

<sup>3</sup> Rapport d'information n° 703 de Jaky Le Menn et Alain Milon, Sénateurs, au nom de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, « Refonder la tarification hospitalière au service du patient », juillet 2012.

Cette recommandation est aujourd'hui suivie d'effets puisque le Gouvernement actuel a inséré en première lecture du PLFSS à l'Assemblée nationale un article 47 *bis* tendant à ce que **les mesures de gel prennent la forme de minorations des tarifs et non plus de mises en réserve de dotations budgétaires**. Aucune précision n'a été apportée pour le moment concernant les gels éventuels dont pourrait faire l'objet l'Ondam médico-social.

Au regard de l'évolution apportée par l'article 47 *bis*, il serait légitime et cohérent, compte tenu de la nature de l'Ondam médico-social, qui n'est pas un objectif mais une enveloppe fermée de crédits budgétaires, que celui-ci soit désormais exonéré de toute participation à la régulation de l'Ondam dans son ensemble.

## 2. La sous-consommation chronique de l'objectif global de dépenses

Le tableau ci-dessous montre la sous-consommation chronique de l'OGD personnes âgées sur la période 2006-2011, ainsi que la tendance à une légère surconsommation de l'OGD personnes handicapées depuis 2009.

### Consommation des OGD personnes âgées et personnes handicapées depuis 2006

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Prévisions OGD PA*	4 982	5 688	6 612	7 592	8 182	8 547
Réalisation OGD PA*	4 645	5 151	6 098	7 250	7 960	8 308
<b>% de réalisation</b>	<b>93,2%</b>	<b>90,6%</b>	<b>92,2%</b>	<b>95,5%</b>	<b>97,3%</b>	<b>97,2%</b>
Prévisions OGD PH**	6 834	7 232	7 654	8 009	8 204	8 503
Réalisation OGD PH**	6 738	7 211	7 620	8 066	8 306	8 527
<b>% de réalisation</b>	<b>98,6%</b>	<b>99,7%</b>	<b>99,6%</b>	<b>100,7%</b>	<b>101,2%</b>	<b>100,3%</b>

\* Personnes âgées

Source : Bilan d'exécution du budget 2011 de la CNSA

\*\* Personnes handicapées

Selon les données fournies à l'annexe 1 au PLFSS, **le niveau global de sous-consommation de l'OGD s'établirait à 270 millions d'euros en 2011** et serait porté à hauteur de 245 millions par l'OGD personnes âgées. La sous-consommation de l'OGD personnes handicapées serait liée aux retraitements comptables effectués en fin d'exercice sans lesquels un dépassement de 85 millions d'euros aurait dû être observé.

Plusieurs types de mesures ont été engagées pour limiter le risque de sous-consommation de l'OGD.

En 2009 puis 2010, des crédits ont été définitivement restitués à l'assurance maladie, respectivement à hauteur de 150 puis de 100 millions d'euros.

Les conclusions de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'Inspection générale des finances (IGF) sur la

consommation de l'OGD<sup>1</sup> ont par ailleurs conduit au déploiement en 2012 d'un nouveau dispositif de suivi et de pilotage de la dépense fondé sur les données collectées pour chaque établissement ou service<sup>2</sup>.

En outre, le pilotage de l'OGD devrait être amélioré par la distinction effectuée depuis 2010 entre les crédits de paiement et les autorisations d'engagement.

Malgré ces avancées, l'annexe 1 au PLFSS reconnaît que, « *dans le contexte présent de rareté des fonds publics, le pilotage de la dépense médico-sociale doit encore être amélioré* ».

Le jugement des fédérations d'établissements et de services rencontrées par votre rapporteur au cours de ses auditions a été moins nuancé. Celles-ci estiment la sous-consommation de l'OGD particulièrement problématique alors même que les besoins de médicalisation et de création de places sont patents. Outre une déception, cette situation crée **une certaine méfiance vis-à-vis des taux d'augmentation de l'Ondam et de l'OGD affichés chaque année** au moment de l'examen du PLFSS. Il est à craindre que ces hausses finissent par n'être perçues que comme des mesures d'affichage politique sans retombées pleines et entières sur les établissements et services.

Plusieurs explications ont été avancées à la sous-consommation de l'OGD. Parmi elles figure **la lourdeur de la procédure de délégation des crédits aux ARS**. Alors qu'ils devraient être notifiés dès le 15 février, la notification n'intervient pas en pratique avant le mois d'avril. La période durant laquelle les enveloppes peuvent être effectivement consommées s'en trouve dès lors considérablement réduite.

Par ailleurs, le processus de médicalisation des Ehpad est freiné par les difficultés que pose **le partage des dépenses relatives aux aides soignants et aux aides médico-psychologiques** entre l'assurance maladie et les départements, respectivement à hauteur de 70 % et 30 %. Un tel partage suppose en effet que toute augmentation des crédits de l'assurance maladie alloués à la médicalisation puisse être complétée au niveau nécessaire par les départements, ce qui, compte tenu de la situation financière de certains d'entre eux, peut s'avérer difficile.

Dans une lettre en date du 18 octobre dernier, le président de l'assemblée des départements de France a d'ailleurs alerté la ministre des affaires sociales à ce sujet. Il a en outre souligné que l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 63 de la LFSS pour 2009, qui met en place la tarification à la ressource, repose sur une déconnexion des enveloppes soins et dépendance qui pourrait mettre un terme à ces difficultés. Or la publication du décret nécessaire à l'entrée en vigueur de cet article est encore attendue.

---

<sup>1</sup> Igas/IGF, *Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses*, février 2010.

<sup>2</sup> Il s'agit de l'application « Hapi » (*Harmonisation et partage d'informations*).

## II. LE BILAN DES PLANS MENÉS À DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPÉES ET ÂGÉES

### A. LE PROGRAMME PLURIANNUEL DE CRÉATION DE PLACES POUR UN ACCOMPAGNEMENT TOUT AU LONG DE LA VIE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées prévoit **la création de 50 000 places sur la période 2008-2016**. Cet objectif se décompose en 39 000 places pour adultes, dont 10 000 en établissements et services d'aide par le travail (Esat), et 12 000 places pour enfants. Le programme a été conçu sur la base d'une évaluation des besoins effectuée à partir des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (Priac).

Selon un bilan réalisé par la CNSA au 31 décembre 2011, 86 % des places programmées sur la période ont été autorisées, soit un peu plus de 20 000 sur un total de 24 080.

Il apparaît que le rythme d'installation des places a été plus soutenu pour les enfants que pour les adultes, ce qui pourrait être dû au fait que l'enveloppe destinée aux enfants prévoit une part plus importante de création de services, dont l'installation est plus rapide. La CNSA constate globalement un délai de quatre ans pour installer les places en établissements pour adultes.

#### Bilan du programme pluriannuel de création de places au 31 décembre 2011

	Adultes				Enfants				Total
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	
Places autorisées	4 990	3 225	2 725	1 678	2 676	2 436	1 956	1 014	<b>20 700</b>
Places installées	4 361	2 533	1 767	700	2 503	2 268	1 708	723	<b>16 563</b>

Source : DGCS-CNSA

Toujours sur la période 2008-2011, le taux de consommation des enveloppes, c'est-à-dire le ratio entre les crédits consommés et les crédits notifiés, s'établit à 73 %. Il est de 84 % dans le secteur enfants et de 66 % dans celui des adultes. Au total, 477,2 millions d'euros ont été consommés sur 655,2 millions d'euros engagés.

## B. LES PLANS SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉS AUX PERSONNES ÂGÉES

### 1. Le plan solidarité grand âge

Le plan solidarité grand âge (PSGA) a été lancé en 2006 pour une durée de cinq ans à la suite du plan « vieillissement et solidarités » intervenu en 2004.

Fondé sur le principe du libre choix entre les différents types d'accompagnement, le PSGA s'était fixé un objectif de création de 37 500 places en Ehpad, 36 000 places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), 6 100 places d'hébergement temporaire et 10 900 places d'accueil de jour, soit **un total de 90 000 places**. Le montant global des crédits mobilisés pour la réalisation du plan s'élève à 2,3 milliards d'euros.

Au terme du plan, il apparaît que le rythme de création de places en Ehpad est allé au-delà des prévisions effectuées initialement. En 2012, l'offre médicalisée s'établissait à 593 000 places autorisées et 559 000 places installées.

Le bilan est en revanche plus mitigé concernant les créations de places de Ssiad, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Le retard pris concernant les Ssiad devrait conduire à ce que le reliquat de 20 millions d'euros de crédits leur soit en grande partie destiné en 2013.

#### Bilan consolidé du plan solidarité grand âge au 31 décembre 2011

	Ssiad			Accueil de jour			Total
	2007-2011	2012	2013	2007-2011	2012	2013	
Places financées	23 543			9 510			
Places autorisées	19 220	576	11	5 763	284	125	
Places installées	18 518	ND	ND	3 310	ND	ND	
	Hébergement temporaire			Ehpad			Total
	2007-2011	2012	2013	2007-2011	2012	2013	
Places financées	5 419			43 653			<b>82125</b>
Places autorisées	3 331	233	95	34 416	5 064	1 341	<b>70 459</b>
Places installées	1 737	ND	ND	15 986	ND	ND	<b>39 551</b>

Source : DGCS-CNSA

Le taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux en France métropolitaine s'établit au final à **135,2 places pour 1 000 personnes âgées en 2011** contre 132,1 en 2004<sup>1</sup>. Des disparités liées notamment à des évolutions démographiques contrastées entre les

<sup>1</sup> Indicateur n° 6 du programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » (annexe 1 au PLFSS 2013).

départements peuvent cependant être observées. En 2011, vingt-huit départements affichaient un taux d'équipement supérieur à 152 places pour 1 000 personnes âgées tandis que celui-ci était inférieur à 121 places pour 17 d'entre eux.

## 2. Le plan Alzheimer et maladies apparentées

En 2011, 440 215 personnes âgées de soixante ans et plus étaient suivies pour la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée<sup>1</sup>.

5 000 places d'unités d'hébergement renforcées (UHR), dont un tiers en Ehpad, et 25 000 places de pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) devaient être créées dans le cadre du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

L'annexe 7 au PLFSS signale que les difficultés d'installation de ces places ont conduit à repousser l'échéance du plan à 2014. 21 % des places programmées étaient installées en 2010, 27 % en 2011.

### Principaux points du plan Alzheimer 2008-2012

Le plan Alzheimer 2008-2012 a été développé autour de trois axes : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir, se mobiliser pour un enjeu de société.

Les principaux points concernant le champ médico-social sont les suivants :

- Développer et diversifier les formules de répit, notamment par l'expérimentation et l'évaluation de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux et les malades.

- Consolider le droit à la formation des aidants par la consécration de deux jours de formation par an par aidant.

- Créer des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) permettant de fédérer le réseau des acteurs de proximité et de coordonner leurs actions autour du malade.

- Mettre en place 1 000 postes de gestionnaires de cas au sein des Maia.

- Renforcer l'offre de services de soins adaptés à domicile par la création d'équipes spécialisées Alzheimer.

- Créer ou identifier dans les Ehpad des unités pour les malades souffrant de troubles comportementaux. Mettre en place à ce titre, deux types d'unités spécifiques :

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

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

*Source : Rapport d'information n° 263 d'Alain Vasselle, Sénateur, au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, janvier 2011.*

<sup>1</sup> Indicateur n° 8 du programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » (annexe 1 au PLFSS 2013).

Au cours des auditions menées par votre rapporteur, plusieurs interlocuteurs ont évoqué les freins qui existent à l'installation des unités spécifiques pour malades d'Alzheimer. La lourdeur des procédures d'appels à projets et la rigidité des cahiers des charges exigés par les ARS contribueraient ainsi à expliquer le retard pris dans la réalisation du plan.

Ont également été mises en avant des difficultés d'articulation entre les structures prévues par le plan et celles qui leur préexistaient, notamment les unités de vie Alzheimer.

Le 21 septembre dernier, lors de la clôture de la réunion du comité de suivi du plan Alzheimer, le Président de la République a annoncé **la prolongation du plan Alzheimer** ainsi que son extension à l'ensemble des maladies neurodégénératives. Cette nouvelle impulsion doit également être l'occasion d'une **évaluation du plan 2008-2012** qui devrait contribuer à apporter des réponses aux difficultés rencontrées au cours des dernières années.

### III. VERS LA DÉFINITION DES CONTOURS DE LA FUTURE RÉFORME DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

#### A. LES PREMIERS JALONS POSÉS PAR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013

##### 1. L'expérimentation d'un parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) a souligné à plusieurs reprises, notamment dans un avis du 22 mars 2012<sup>1</sup>, **l'importance d'une articulation adaptée des différents modes de prise en charge** (à domicile, en établissement médico-social, à l'hôpital) pour les personnes âgées dépendantes. **La mauvaise organisation du parcours de soins est fréquemment à l'origine d'hospitalisations inutiles**, qui nuisent à l'état de santé du patient et créent des surcoûts pour l'assurance maladie, estimés à 2 milliards d'euros par le Hcaam.

Le rapport précité de la Mecss du Sénat a quant à lui recommandé qu'une réflexion soit rapidement engagée sur **la mise en place d'une tarification « au parcours »** qui pourrait être concentrée dans un premier temps sur certains types de pathologies.

Une première expérimentation d'un parcours de santé des personnes âgées dépendantes avait été mise en œuvre par la LFSS pour 2012. **L'article 41 du PLFSS pour 2013 la prolonge en l'amplifiant**. Des dérogations tarifaires pourront être effectuées, à la fois dans le secteur sanitaire et dans le secteur médico-social et les échanges d'informations entre les différents acteurs seront simplifiés, sous réserve du consentement des patients concernés. Les dépenses liées à l'expérimentation, programmée sur cinq territoires pilotes, seront imputées par les ARS sur le fonds d'intervention régional (FIR) et devraient s'élever à 45 millions d'euros en année pleine.

Lors de l'examen du PLFSS à l'Assemblée nationale, **les services polyvalents d'aide et de soins à domicile** (Spasad), qui exercent à la fois les missions de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et de services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad)<sup>2</sup>, ont été explicitement inclus dans le dispositif de l'expérimentation à l'initiative du Gouvernement. Il s'agit là d'une amélioration qui devrait permettre de mettre en lumière la plus-value qu'apportent ces structures polyvalentes à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et contribuer à renforcer leur place dans le champ médico-social et sanitaire.

---

<sup>1</sup> Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « Avenir de l'assurance maladie : les options du Hcaam », avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012.

<sup>2</sup> Article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.

## **2. Un premier mouvement vers la mobilisation de recettes nouvelles**

Première étape vers la mobilisation de recettes nouvelles pour la mise en œuvre de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie, l'article 16 du PLFSS vise à **étendre l'assiette de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) aux pensions de retraite et d'invalidité, à l'exception des plus modestes.**

Si le produit de cette contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (« Casa ») est affecté en 2013 au fonds de solidarité vieillesse (FSV), il sera mis en réserve à partir de 2014 au sein d'une nouvelle section du budget de la CNSA destinée, selon les termes de l'article 16, « *au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie* ».

Initialement chiffré à 700 millions d'euros à partir de 2014, le rendement de la « Casa » devrait finalement s'établir à 600 millions d'euros si la rédaction proposée par l'Assemblée nationale en première lecture est conservée au cours de la navette parlementaire. Un amendement du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Gérard Bapt, a en effet limité l'assiette de la « Casa » aux seuls retraités assujettis au taux de CSG à 6,6 %, exonérant ainsi du paiement de la contribution 44 % d'entre eux.

Si cette mesure est nécessaire aux yeux de votre rapporteur, elle devra être complétée par d'autres ressources. La discussion, le 25 octobre dernier, de la proposition de loi de Gérard Roche tendant à élargir l'assiette de la CSA a permis d'aborder cette question. Le texte proposait en effet, outre l'extension de la CSA aux pensions de retraite, son élargissement aux revenus des travailleurs indépendants. Lors de son intervention à la tribune, Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, relevant l'accord de principe du président du régime social des indépendants (RSI), a d'ailleurs souligné avoir « *pris bonne note de sa bénévolence* ».

### ***B. LA NÉCESSITÉ DE REPREDRE LE CHANTIER DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES***

#### **1. Un processus de réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes largement inabouti**

Faire évoluer les modalités de tarification des Ehpad constitue un processus long et complexe qui devra être appréhendé de façon globale dans le cadre de la future réforme sur la prise en charge de la perte d'autonomie. Plusieurs constats peuvent cependant d'ores et déjà être dressés.

a) Un processus de « pathossification » encore loin d'être achevé

Autre volet du PSGA, la médicalisation des Ehpad dite de « deuxième génération » s'est fondée sur la mise en place d'une **tarification au GIR moyen pondéré soins** (GMPS).

Ce processus, également dénommé « pathossification », conduit à une majoration des dotations soins allouées aux établissements, fondée à la fois sur l'analyse du degré de dépendance des résidents (le GIR moyen pondéré, apprécié à l'aide de la grille Aggir) et sur celle de leurs besoins en soins médico-techniques (le Pathos moyen pondéré). L'objectif est d'adapter au mieux les ressources des établissements à l'état de santé et aux besoins en soins de leurs résidents.

La tarification au GMPS doit se substituer à un mode de financement plus forfaitaire, la dotation minimale de convergence (Dominic).

Au 31 mai 2012, un peu plus de 63 % des conventions ont été renouvelées dans le cadre de la médicalisation de deuxième génération qui concerne environ 67 % des places d'Ehpad conventionnées.

#### Situation de la médicalisation des Ehpad en 2012

	Nombre de conventions	Part (%)	Nombre de places	Part (%)
Dotation minimale de convergence (Dominic)	2 608	36,56 %	189 958	32,89 %
GIR moyen pondéré soins (GMPS)	4 526	63,44 %	387 311	67,11 %
<b>Total</b>	<b>7 134</b>	<b>100 %</b>	<b>577 269</b>	<b>100 %</b>

Source : CNSA - Juillet 2012

La tarification au GMPS se traduit en moyenne par une hausse de 30 % du coût de la place en Ehpad. Alors qu'entre 2007 et 2010, un effort important a été réalisé pour le renouvellement des conventions tripartites, le processus a été ralenti en 2011 en raison du surengagement des crédits de médicalisation observé à la fin de l'année 2010.

Le PLFSS pour 2013 prévoit malgré tout de consacrer 147 millions d'euros à la médicalisation des Ehpad. L'objectif est de cibler le renouvellement des conventions tripartites sur les établissements encore tarifés en mode Dominic, ce qui devrait avoir pour effet de permettre un rattrapage des établissements les moins bien dotés vers la moyenne nationale.

*b) Une tarification à la ressource au point mort*

L'article 63 de la LFSS pour 2009 mettant en place la tarification à la ressource a été codifié à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit le financement des Ehpad par trois types de ressources distinctes :

- un **forfait global relatif aux soins** ;
- un **forfait global relatif à la dépendance** ;
- des **tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement**.

Ces trois sources de financement sont étanches entre elles, principe qui a été confirmé par la LFSS pour 2010. En toute logique, les dépenses relatives aux personnels soignants devraient donc être entièrement prises en charge par l'enveloppe soins.

Alors que le calcul des dotations soins allouées aux Ehpad résultait auparavant d'une procédure contradictoire entre l'autorité compétente de l'Etat, le département et l'assurance maladie, l'article 63 de la LFSS pour 2009 prévoit désormais que le forfait soins est défini par arrêté du directeur général de l'ARS, en tenant compte du GMPS de l'établissement et sur la base d'un barème et de règles de calcul fixés par arrêté ministériel.

Il s'agit là d'un changement profond destiné à rompre avec une logique de reconduction de dotations historiques. Cette évolution peut, dans une certaine mesure, être comparée à la mise en place du système de tarification à l'activité (T2A) dans le secteur sanitaire.

**Le nouvel article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles**

Les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 sont financés par :

1° un forfait global relatif aux soins prenant en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques des résidents, déterminé par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application d'un barème et de règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale ;

2° un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents, fixé par un arrêté du président du conseil général et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8 ;

3° des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil général, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Ce décret détermine le contenu des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1° et 2°.

Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1, à l'exception de ceux mentionnés au 4°, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6.

Les tarifs correspondant à des prestations complémentaires et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1°, 2° et 3°, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil général et du public dans des conditions fixées par décret.

Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et dans les établissements de santé dispensant des soins de longue durée, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code.

L'article 63 de la LFSS pour 2009 devait initialement entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010. **Le décret nécessaire à sa mise en œuvre n'est cependant jamais paru.** Selon les informations fournies par la DGCS à votre rapporteur dans les réponses au questionnaire budgétaire, deux éléments essentiels expliqueraient le retard accumulé lors de la précédente législature :

- le manque de données relatives à l'impact financier que pourraient avoir d'éventuels changements d'imputation entre les trois sections tarifaires ou l'imputation à l'enveloppe soins de ville ou médico-sociale de certaines dépenses de soins en fonction de l'option tarifaire choisie par l'Ehpad ;

- la nécessité de tenir compte des travaux et concertations préalables à la réforme de la dépendance finalement ajournée.

En l'absence de publication du décret, plusieurs travaux ont été engagés afin de mieux appréhender les coûts supportés par les Ehpad. Une enquête nationale de coûts a notamment été confiée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), qui doit être menée sur plusieurs années.

L'article 67 de la LFSS pour 2012 a par ailleurs prévu l'expérimentation d'une modulation du forfait soins des Ehpad en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité. Un décret en Conseil d'Etat doit définir le cahier des charges national de l'expérimentation tandis qu'un décret simple doit fixer la liste des indicateurs pouvant être utilisés.

Votre rapporteur s'était opposé l'année dernière à cet article 67, estimant que, dans un contexte d'incertitude quant à l'évolution des modalités de tarification dans les Ehpad, l'introduction de tels indicateurs apparaissait prématurée.

S'il juge nécessaire, à plus ou moins long terme, l'introduction de tels indicateurs dans la tarification, il considère qu'une telle réforme devrait être analysée de façon plus approfondie dans le cadre d'une remise à plat générale des modalités de tarification dans les Ehpad.

*c) Le coup d'arrêt porté à l'expérimentation de l'option tarifaire globale*

L'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles autorise les Ehpad à choisir entre deux modes de financement des soins :

- un **tarif journalier global**, comprenant notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie et les médicaments dont les caractéristiques sont fixées par arrêté ;

- un **tarif journalier partiel** limité à la prise en charge de la rémunération du médecin coordonnateur et des infirmières ou infirmiers libéraux.

La valeur du point utilisé dans le calcul des tarifs plafonds applicables aux Ehpad, différente selon l'option tarifaire choisie, a été modulée de façon à inciter les établissements à opter pour le tarif global. De fait, 30 % des Ehpad représentant 38 % des places installées avaient choisi cette option à la fin de l'année 2010.

Les directeurs généraux d'ARS ont cependant reçu instruction au cours du second semestre 2010 de surseoir au développement du tarif global.

Une mission de l'Igas a évalué l'option tarifaire globale<sup>1</sup> et a conclu que le passage à celle-ci entraînait une hausse de 30 % à 40 % des dotations allouées aux établissements la première année, liée notamment au surcalibrage du différentiel entre les valeurs du point respectives du tarif global et du tarif partiel. Les économies réalisées sur l'enveloppe soins de ville ne compenseraient qu'en partie ces surcoûts.

---

<sup>1</sup> Igas, « Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes - évaluation de l'option tarifaire dite globale », octobre 2011.

L'Igas soulignait cependant qu'à moyen terme et sous certaines conditions, le tarif global pourrait être source d'économies significatives sur les quatre postes de dépenses de soins concernés ainsi que sur l'enveloppe soins de ville. La mission a par ailleurs souligné que le tarif global pouvait constituer un levier favorable à une meilleure maîtrise coût/qualité des soins.

Au regard de cette évaluation, il semble que, malgré le coup d'arrêt porté à la mise en œuvre du tarif global par le gouvernement précédent, une telle option constitue une évolution susceptible d'être envisagée positivement à l'avenir.

## 2. Des enjeux récurrents

Si le sujet de la tarification est particulièrement complexe, force est cependant de constater que le gouvernement précédent n'est pas parvenu à fixer de cap clair à une réforme pourtant essentielle pour le secteur. Il apparaît dès lors nécessaire de reprendre rapidement ce chantier pour tenter de mettre en place les fondements d'un mode de tarification plus adapté dans les Ehpad. A ce titre, deux enjeux devraient particulièrement retenir l'attention.

### *a) Le processus de convergence tarifaire*

En même temps qu'il créait la tarification à la ressource, l'article 63 de la LFSS pour 2009 a mis en œuvre **un processus de convergence tarifaire des Ehpad.**

La LFSS pour 2008 avait déjà introduit à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles la possibilité, pour le ministre chargé de la sécurité sociale, de fixer, par arrêté annuel, les tarifs plafonds ou règles de calcul de ces tarifs pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

La LFSS pour 2009 est venue compléter ces dispositions pour les Ehpad en prévoyant que le ministre chargé de la sécurité sociale peut également établir les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

En 2011, le processus de convergence a touché 1 093 Ehpad pour un montant d'économies réalisées de 17 millions d'euros. Entamé en 2009 et destiné à s'étendre jusqu'en 2016, il devrait générer un total de 130 millions d'euros d'économies sur la période.

Le 6 février 2012, un arrêté est venu exclure de la convergence les établissements qui ne sont pas encore entrés dans le processus de « pathossification ».

Le PLFSS pour 2013 prévoit l'arrêt de la convergence intersectorielle dans le secteur sanitaire. Effectuer une comparaison avec le secteur médico-social n'est cependant pas pleinement pertinent dans la mesure où, dans ce secteur, l'objectif n'est pas de faire converger deux catégories d'établissements historiquement soumises à des modes de tarification différents.

Il convient cependant de s'interroger sur l'importance des efforts demandés aux établissements se situant au-dessus des tarifs plafonds ainsi que sur le niveau de ces derniers, afin que ce processus, dont l'objectif premier devrait être d'assurer une plus grande équité entre les établissements, ne soit pas perçu comme un frein à leur développement ou comme la mise en cause de certaines structures injustement considérées comme trop richement dotées.

*b) La mise en place d'enveloppes budgétaires propres liées à l'exercice de missions spécifiques*

Tout comme dans le secteur sanitaire, il pourrait être jugé nécessaire de prévoir des dotations budgétaires spécifiques liées à l'exercice de certaines missions d'intérêt général insuffisamment valorisées par le système de tarification. De telles mesures trouveraient toute leur portée à partir du moment où serait devenu effectif le système de tarification à la ressource.

S'il est difficile de transposer tel quel le système des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) dans le secteur médico-social, une réflexion pourrait être engagée afin de définir les missions d'intérêt général, d'accompagnement des établissements et éventuellement de recherche susceptibles d'être prises en charge dans des dotations budgétaires propres.

### **3. Le besoin de réforme des services d'aide et d'accompagnement à domicile**

L'article 55 *bis* du PLFSS pour 2013 met en place, à titre exceptionnel et pour une année, **un fonds de 50 millions d'euros d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile** (Saad) financé à partir des réserves de la CNSA. Ce fonds d'urgence s'inscrit dans la continuité du premier dispositif introduit par l'article 150 de la loi de finances pour 2012 dont le montant était équivalent et qui devait être versé en deux temps, en 2012 puis 2013.

Faisant suite aux travaux menés par l'Igas et l'IGF<sup>1</sup> ainsi que par Bérangère Poletti<sup>2</sup>, le paragraphe II de l'article 150 de la loi de finances pour 2012 prévoit par ailleurs la possibilité pour les Saad d'engager, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et pour une durée maximum de trois ans, **des expérimentations relatives aux modalités de tarification de ces services**. Les conseils généraux peuvent être associés à ces expérimentations dont le cahier des charges a été publié au journal officiel le 21 septembre 2012.

Ce dernier précise les deux modalités de tarification pouvant être expérimentées :

- une tarification sous la forme d'un **forfait global** négocié ;
- une **tarification horaire**, assortie le cas échéant d'une dotation de valorisation de missions d'intérêt général spécifiques.

Dès le début de l'année 2012, plusieurs départements dont ceux du Doubs et des Côtes-d'Armor se sont engagés dans l'expérimentation du forfait global en partenariat avec l'assemblée des départements de France (ADF).

Tout en soulignant l'importance des mesures mises en œuvre à l'article 55 *bis*, votre rapporteur insiste sur le caractère structurant que peuvent jouer ces expérimentations tarifaires dans la perspective d'une réforme plus générale du secteur des Saad.

### ***C. L'ENJEU SPÉCIFIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES***

Parmi les questions qui devront être traitées dans le cadre de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie figure celle des personnes handicapées vieillissantes.

Ce sujet, qui a fait l'objet d'une étude spécifique de la CNSA en octobre 2010, a été soulevé à plusieurs reprises au cours des auditions organisées par votre rapporteur.

Un premier enjeu concerne **l'appréhension statistique du phénomène de vieillissement des personnes handicapées**. Il apparaît sur ce point que les données disponibles sont à la fois anciennes et peu nombreuses.

Un autre enjeu tient aux **limites des définitions traditionnellement admises concernant le vieillissement**. Une personne handicapée risque bien souvent d'être touchée par le vieillissement avant la limite de soixante ans. De ce point de vue, la CNSA recommande de ne pas constituer de catégorie administrative liée à l'âge, d'être en mesure de prendre en compte la spécificité du vieillissement de la personne handicapée et d'en améliorer l'accompagnement, et d'anticiper les évolutions générées par le vieillissement.

---

<sup>1</sup> Igas/IGF, *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*.

<sup>2</sup> Bérangère Poletti, *Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles, janvier 2012*.

La question du vieillissement des personnes handicapées renvoie également à celle de **leur accès aux soins et de la qualité du suivi médical dont elles bénéficient**. Certains organes ou fonctions, notamment les dents, les yeux ou l'ouïe, peuvent être affectés d'un vieillissement précoce lorsque le suivi médical tout au long de la vie n'a pas pris en compte les spécificités de la personne handicapée.

Se pose enfin la question de **l'adaptation des structures d'accueil aux besoins des personnes handicapées vieillissantes**. S'il n'est sans doute pas souhaitable d'engager une médicalisation massive des établissements accueillant des personnes handicapées, les Ehpad ne constituent pas nécessairement les lieux d'hébergement les plus adaptés pour ce type de public.

#### ***D. LES ÉVOLUTIONS SOUHAITABLES CONCERNANT LA GOUVERNANCE DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL***

##### **1. Un rôle de la CNSA amené à se renforcer**

A l'origine chargée de centraliser et répartir les crédits du secteur médico-social, la CNSA a vocation à voir son rôle évoluer de celui de caisse vers celui d'une véritable agence en charge de l'animation et du pilotage des politiques médico-sociales mises en œuvre sur le territoire.

Dans la perspective de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie, cette mission devrait également s'accompagner d'un **renforcement de son expertise** sur la question des personnes âgées dépendantes. La participation au développement de la connaissance sur les enjeux à moyen terme de la perte d'autonomie figure d'ailleurs parmi les missions principales assignées à la CNSA dans la cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) qu'elle a signée avec l'Etat pour les années 2012 à 2015.

##### **La convention d'objectifs et de gestion 2012-2015 signée entre l'Etat et la CNSA**

La nouvelle COG 2012-2015 définit pour quatre années les principales missions de la CNSA, articulées autour d'objectifs prioritaires :

- L'amélioration de la gestion de la compensation collective, à travers un suivi fin des dépenses de l'OGD (objectif 1), la mise en œuvre d'une politique de développement de l'efficacité (objectif 2), la structuration des échanges avec les ARS, en appui à la programmation et à la gestion des campagnes budgétaires (objectif 3).

- Le suivi de la mise en œuvre de la compensation individuelle et la contribution à son harmonisation sur le territoire national à travers le développement de la connaissance relative à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prestation de compensation du handicap, et le renforcement de l'équité d'accès à ces prestations (objectif 4), l'amélioration de la remontée d'informations et de données (objectif 5), le renforcement de l'efficacité des actions de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile (objectif 6).

- La participation au développement de la connaissance des enjeux à moyen terme de la perte d'autonomie grâce à la production et à la mise à disposition d'informations en la matière.

- L'optimisation de la gestion interne de la CNSA et la structuration des échanges avec les autres acteurs publics du champ de l'aide à l'autonomie.

*Source : Annexe 8 au PLFSS pour 2013*

Un renforcement du **pilotage des systèmes d'information** apparaît également indispensable afin de permettre à la CNSA de disposer d'informations plus fines sur la situation des établissements accueillant des personnes âgées.

Enfin, ainsi que le recommande le rapport d'information de l'Assemblée nationale publié en juin 2010 et relatif à la perte d'autonomie des personnes âgées<sup>1</sup>, **le rôle de la caisse d'animation de l'activité médico-sociale des ARS** pourrait être renforcé. Cela passerait notamment par un appui dans la mise en œuvre des schémas régionaux de l'organisation médico-sociale et des Priac.

## 2. Une place des départements à conforter

Les transferts progressifs de compétences vers les départements ont contribué au renforcement considérable de leur rôle et de leur expertise en matière d'action sociale. En 2010, **les dépenses nettes d'aide sociale des départements se sont élevées à 30,3 milliards d'euros**, pour des budgets globaux de fonctionnement de 53,9 milliards d'euros<sup>2</sup>.

**L'aide sociale aux personnes âgées**, deuxième poste de dépenses derrière la gestion du revenu de solidarité active (RSA), s'est élevée cette année-là à **6,5 milliards d'euros**. Le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) en représente une part essentielle.

Or, le poids de la prise en charge de cette prestation sur les budgets départementaux est aujourd'hui considérable et s'est accentué au fil du temps, déséquilibrant le partage initialement prévu entre l'Etat et les départements.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 2647 de Valérie Rosso-Debord, députée, au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, sur la perte d'autonomie des personnes âgées, juin 2010.

<sup>2</sup> Drees, « Les dépenses d'aide sociale départementale en 2010 », Etudes et résultats n° 792, mars 2012.

Sur la période 2003-2009, les dépenses brutes d'Apa ont augmenté de **5,9 %** en moyenne annuelle tandis que la participation du fonds de financement de l'Apa (Ffapa) puis de la CNSA à partir de 2004 ne progressait que de **0,9 %** en moyenne par an. De ce fait, les dépenses restant à la charge des départements ont augmenté en moyenne de **8,8 %** par an entre 2003 et 2009. En 2011, le taux de couverture des dépenses d'Apa par la CNSA s'est établi à **30,8 %**, laissant aux départements une charge nette de 3,6 milliards d'euros.

### Evolution des dépenses d'Apa depuis 2002

(en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dépenses d'Apa	1 855	3 205	3 591	3 930	4 244	4 555
Concours Ffapa/CNSA	798	1 323	1 339	1 331	1 412	1 513
Taux de couverture Ffapa/CNSA	43,0 %	41,3 %	37,3 %	33,9 %	33,3 %	33,2 %
Charge nette départements	1 058	1 882	2 253	2 599	2 833	3 042
	2008	2009	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)
Dépenses d'Apa	4 855	5 029	5 183	5 264	5 369	5 476
Concours Ffapa/CNSA	1 599	1 548	1 536	1 622	1 651	1 689
Taux de couverture Ffapa/CNSA	32,9 %	30,8 %	29,6 %	30,8 %	30,8 %	30,8 %
Charge nette départements	3 256	3 481	3 647	3 642	3 718	3 787

Source : DGCS

Ces éléments invitent à réfléchir à une redéfinition du partage des charges et des responsabilités entre l'Etat et les départements, que ce soit dans le cadre de la prochaine réforme de la décentralisation ou dans celui de la prise en charge de la perte d'autonomie.