

N° 126

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 novembre 2013

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2014,***

Par M. Georges LABAZÉE,
Sénateur,
Rapporteur.

Tome III :
Secteur médico-social

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, présidente ; M. Yves Daudigny, rapporteur général ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, Mme Catherine Deroche, vice-présidents ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, MM. Marc Laménie, Jean-Noël Cardoux, Mme Chantal Jouanno, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Françoise Boog, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, M. Claude Domeizel, Mme Anne Emery-Dumas, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, 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, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, MM. Louis Pinton, Hervé Poher, 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 le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 1412, 1462, 1470 et T.A. 224

Sénat : 117 et 127 (2013-2014)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL	9
I. UN EFFORT LOUABLE EN FAVEUR DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN 2014.....	9
A. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS SATISFAISANTE DANS UN CONTEXTE DE MOINDRE SOUS-CONSOMMATION DE L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES	9
1. <i>L'évolution des crédits alloués au secteur médico-social en 2014.....</i>	<i>9</i>
a) <i>La progression de l'Ondam médico-social.....</i>	<i>9</i>
b) <i>La progression de l'objectif global de dépenses.....</i>	<i>10</i>
2. <i>Une moindre sous-consommation de l'objectif global de dépenses qui doit encore être confortée.....</i>	<i>10</i>
a) <i>Une problématique récurrente au cours des dernières années.....</i>	<i>10</i>
b) <i>Les mesures mises en œuvre pour assurer une meilleure consommation des crédits</i>	<i>11</i>
B. LES PRÉVISIONS D'ALLOCATION DES CRÉDITS DESTINÉS AU FINANCEMENT DE MESURES NOUVELLES EN 2014	13
1. <i>La poursuite de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....</i>	<i>13</i>
2. <i>Les créations de places dans les établissements et services médico-sociaux</i>	<i>14</i>
a) <i>L'achèvement du plan solidarité grand âge.....</i>	<i>14</i>
b) <i>Bilan et perspectives du plan Alzheimer</i>	<i>15</i>
c) <i>Le plan pluriannuel de créations de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées</i>	<i>16</i>
C. LES CRÉDITS ALLOUÉS À LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE.....	17
1. <i>L'évolution du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	<i>17</i>
a) <i>Les ressources propres de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	<i>17</i>
b) <i>Les dépenses autres que le financement des établissements et services médico-sociaux</i>	<i>18</i>
2. <i>Les enjeux liés à l'utilisation des réserves de la CNSA.....</i>	<i>20</i>
a) <i>Des réserves appelées à diminuer au cours des prochaines années.....</i>	<i>20</i>
b) <i>La question du financement du plan d'aide à l'investissement</i>	<i>20</i>
II. UN SECTEUR CONFRONTÉ À DES ENJEUX RÉCURRENTS QUI N'ONT PAS ENCORE TROUVÉ DES SOLUTIONS PLEINEMENT SATISFAISANTES	22
A. LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX	22
1. <i>Une dynamique positive engagée dans le secteur personnes handicapées</i>	<i>22</i>
2. <i>Des incertitudes nombreuses quant à la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....</i>	<i>23</i>
3. <i>Les réformes en cours concernant les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile.....</i>	<i>24</i>

B. L'IMPACT DES CHANGEMENTS INTRODUIITS PAR LA LOI « HPST » CONCERNANT LES CRÉATIONS DE PLACES ET LA PROGRAMMATION AU NIVEAU RÉGIONAL.....	25
1. <i>Une procédure d'appel à projets à améliorer</i>	25
2. <i>Des ajustements nécessaires en matière de programmation au niveau régional</i>	26
C. UN DÉCLOISONNEMENT DES PRISES EN CHARGE QUI DOIT ENCORE ÊTRE ASSURÉ.....	27
1. <i>Les risques de rupture de prise en charge liés aux cloisonnements entre les secteurs sanitaire et médico-social</i>	27
2. <i>Les risques de rupture de prise en charge liés aux barrières d'âge</i>	27
III. LES POINTS D'ATTENTION CONCERNANT LE FUTUR PROJET DE LOI D'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	29
A. LES ENJEUX DE FINANCEMENT ET DE GOUVERNANCE : DES PRÉALABLES INDISPENSABLES À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE RÉFORME AMBITIEUSE	29
1. <i>Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'un véritable projet de société</i>	29
2. <i>Les acteurs de la mise en œuvre de la réforme</i>	30
B. LE MAINTIEN À DOMICILE : UNE PRIORITÉ POUR LES FRANÇAIS	31
1. <i>L'indispensable réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile</i>	31
2. <i>Les efforts à mener en matière de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie.....</i>	32
3. <i>Le logement : un élément central de l'adaptation au vieillissement</i>	33
C. LA PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT : UN POIDS DE PLUS EN PLUS LOURD POUR LES RÉSIDENTS ET LEURS PROCHES	34
1. <i>Un poids croissant, difficile à apprécier finement.....</i>	34
2. <i>Des dispositifs d'aide à améliorer</i>	34
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	37

Les observations du rapporteur du secteur médico-social

Avec une **hausse de 3 % en 2014**, l'Ondam médico-social connaît une progression, certes moins marquée que les années précédentes, mais **plus dynamique que celle de l'Ondam dans son ensemble**.

L'objectif global de dépenses (OGD), en augmentation de **3,2 % par rapport à 2012**, s'établira à **18,8 milliards d'euros en 2014**. 9,5 milliards d'euros seront dédiés au financement des établissements et services pour personnes handicapées et 9,3 milliards d'euros à celui des structures pour personnes âgées. Un prélèvement de 70 millions d'euros effectué sur les réserves de la CNSA viendra compléter cette enveloppe.

Outre la reconduction des moyens existants, 130 millions d'euros de crédits supplémentaires permettront de **poursuivre la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)** et près de 180 millions d'euros viendront financer **les créations de places**.

Si le degré de **sous-consommation de l'OGD** diminue, votre rapporteur demeure attentif à ce que les mesures engagées pour améliorer l'allocation des crédits continuent de produire pleinement leurs effets dans les années à venir. Il estime en outre nécessaire de **renforcer le degré d'information dont dispose le Parlement sur le financement des établissements et services médico-sociaux** grâce à la publication annuelle d'un rapport qui soit le pendant du document que transmet chaque année le Gouvernement à la représentation nationale sur le financement des établissements de santé.

Comme chaque année depuis 2011, le Parlement devra se prononcer sur le montant des crédits alloués au **plan d'aide à l'investissement (PAI)**, piloté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). 2 % du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie, soit un peu moins de 50 millions d'euros, devraient lui être destinés en 2014.

Votre rapporteur regrette **le gel systématique auquel est soumis le PAI** en début d'exercice budgétaire, que le niveau des réserves de la CNSA ne permettra bientôt plus de compenser. Il souhaite que ces crédits puissent être **mieux identifiés au sein du budget de la caisse** et qu'une réflexion soit engagée, d'une part sur **le gel de l'Ondam médico-social**, d'autre part sur **la mobilisation de ressources nouvelles pour le soutien à l'investissement des établissements et services médico-sociaux**.

Tout en notant que l'essentiel du produit de **la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie** est à nouveau alloué au fonds de solidarité vieillesse en 2014, votre rapporteur se félicite des engagements pris par le Premier ministre le 14 octobre dernier quant au calendrier et aux contours de **la prochaine réforme sur l'adaptation de la société au vieillissement de la population**.

Mesdames, Messieurs,

L'examen du volet médico-social du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 s'inscrit dans un contexte particulier puisque, depuis l'intervention du Premier ministre du 14 octobre dernier, les contours et le calendrier de la prochaine réforme sur l'adaptation de la société au vieillissement de la population sont connus.

Votre rapporteur se félicite de cette annonce qui trouvera dès l'année prochaine une traduction concrète avec l'examen du premier volet relatif à la prise en charge à domicile. La refonte de l'allocation personnalisée d'autonomie, qui peine aujourd'hui à répondre aux besoins des personnes les plus dépendantes et dont le financement repose lourdement sur les départements, en constituera l'un des points majeurs.

A partir de 2015, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) sera entièrement dédiée au financement de la réforme. Tout en se satisfaisant de cet engagement, votre rapporteur regrette que, pour l'année 2014, l'essentiel du produit de la Casa soit à nouveau alloué au fonds de solidarité vieillesse. Si ces sommes avaient été mises en réserve au sein du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à partir de 2013, 1,1 milliard d'euros auraient pu être mobilisés dès le début de l'année 2015 pour financer la réforme.

Au regard des contraintes qui pèsent sur l'évolution de l'Ondam, votre rapporteur salue l'effort effectué en faveur du secteur médico-social dans le présent projet de loi de financement. Celui-ci permettra d'assurer la reconduction des moyens existants, la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les créations de places dans des conditions satisfaisantes. Tout en notant les progrès réalisés dans la consommation de l'objectif global de dépenses, votre rapporteur demeure attentif à cette question.

Il estime en outre nécessaire d'améliorer le degré d'information dont dispose le Parlement sur le financement des établissements et services médico-sociaux. La publication annuelle d'un rapport qui puisse constituer le pendant du document que transmet chaque année le Gouvernement à la représentation nationale sur le financement des établissements de santé lui apparaît souhaitable et utile au regard des travaux qui viennent d'être engagés sur la tarification des établissements et services pour personnes handicapées et des incertitudes qui continuent de peser sur les modalités de financement des Ehpad.

En 2014, 2 % du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie, soit un peu moins de 50 millions d'euros, seront alloués au plan d'aide à l'investissement (PAI). Votre rapporteur regrette le gel systématique auquel est soumis le PAI en début d'exercice budgétaire. Les réserves de la CNSA, qui ont vocation à diminuer si la meilleure consommation de l'OGD se confirme, ne permettront bientôt plus de le compenser. Il souhaite que ces crédits puissent être mieux identifiés au sein du budget de la caisse et qu'une réflexion soit engagée, d'une part sur le gel de l'Ondam médico-social, d'autre part sur la mobilisation de ressources nouvelles pour le soutien à l'investissement des établissements et services médico-sociaux.

I. UN EFFORT LOUABLE EN FAVEUR DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN 2014

A. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS SATISFAISANTE DANS UN CONTEXTE DE MOINDRE SOUS-CONSUMMATION DE L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES

1. L'évolution des crédits alloués au secteur médico-social en 2014

a) La progression de l'Ondam médico-social

En **2013**, l'Ondam médico-social s'était établi à **17,11 milliards d'euros**, en progression de 4 % par rapport à l'année précédente. La hausse avait été de 4,6 % pour le secteur personnes âgées et de 3,3 % pour celui des personnes handicapées.

L'article 50 du projet de loi de financement fixe le **montant de l'Ondam médico-social pour 2014 à 17,6 milliards d'euros**. **8,6 milliards d'euros** seraient destinés aux **établissements et services pour personnes âgées**, **9 milliards d'euros** aux **structures pour personnes handicapées**.

L'Ondam médico-social connaîtra donc une **augmentation de 3 % par rapport à l'année 2013**. Elle sera de 2,9 % dans le secteur personnes âgées et de 3,1 % dans le secteur personnes handicapées.

L'Ondam dans son ensemble enregistrera en 2014 une hausse limitée à 2,4 % pour s'établir à 179,2 milliards d'euros. Si le rythme de progression de l'Ondam médico-social est moins soutenu que les années précédentes, l'enveloppe demeure malgré tout en partie préservée des efforts réalisés sur les objectifs soins de ville et établissements de santé.

Un nouveau sous-objectif sera créé à compter de 2014 qui doit regrouper l'ensemble des dépenses relatives au **fonds d'intervention régional (FIR)**. Depuis 2013, le FIR est abondé par des crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) relatifs aux groupes d'entraide mutuelle (GEM) et aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia).

En 2013, **le montant total du FIR était de 3,3 milliards d'euros**. L'essentiel de ses crédits, soit 3,1 milliards d'euros, provenait de l'assurance maladie. 139 millions d'euros ont été alloués par l'Etat et 73 millions d'euros par la CNSA (27 millions d'euros pour les GEM, 46 millions d'euros pour les Maia).

En 2014, cette dernière viendra abonder à hauteur de **70 millions d'euros** le nouveau sous-objectif dont le montant est fixé à 3,2 milliards d'euros par l'article 50 du projet de loi financement. La contribution de l'Etat sera fixée par la loi de finances pour 2014.

b) La progression de l'objectif global de dépenses

L'objectif global de dépenses (OGD) est composé de l'Ondam médico-social et d'une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), qui constitue l'une des ressources propres de la CNSA. Il est fixé chaque année par arrêté interministériel¹.

En 2013, l'OGD s'était élevé à **18,25 milliards d'euros**, en hausse de **3,7 %** par rapport à l'année 2012.

En 2014, il progressera de 3,2 % pour s'établir à 18,8 milliards d'euros. Les dépenses allouées aux personnes âgées seront portées à 9,5 milliards d'euros, en hausse de 3 % par rapport à 2013. Celles destinées aux personnes handicapées augmenteront de 3,4 % pour s'établir à 9,3 milliards d'euros.

L'OGD doit également être abondé par un **prélèvement de 70 millions d'euros effectué sur les réserves de la CNSA.**

Au total, les dépenses allouées aux établissements et services médico-sociaux augmenteront de **584 millions d'euros**. Une partie des crédits permettra de renforcer les moyens existants dans ces structures en tenant compte de l'évolution des salaires et de l'inflation² tandis que **307,6 millions d'euros seront alloués au financement de mesures nouvelles :**

- dans le secteur personnes âgées, **130 millions d'euros pour la médicalisation** des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et **15 millions d'euros pour la poursuite du plan Alzheimer ;**

- dans le secteur personnes handicapées, **154,8 millions d'euros pour des installations de places** dans le cadre du plan pluriannuel de créations de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées et **7,8 millions d'euros pour entamer la mise en œuvre du troisième plan autisme.**

2. Une moindre sous-consommation de l'objectif global de dépenses qui doit encore être confortée

a) Une problématique récurrente au cours des dernières années

Depuis plusieurs années, presque chaque exercice budgétaire se traduit par une légère surconsommation de l'OGD personnes handicapées ainsi que par la sous-consommation de l'OGD personnes âgées.

¹ Article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles.

² Les hypothèses retenues pour la reconduction des moyens existants sont une actualisation des salaires de 1 % et la prise en compte de l'effet prix à hauteur de 0,55 %.

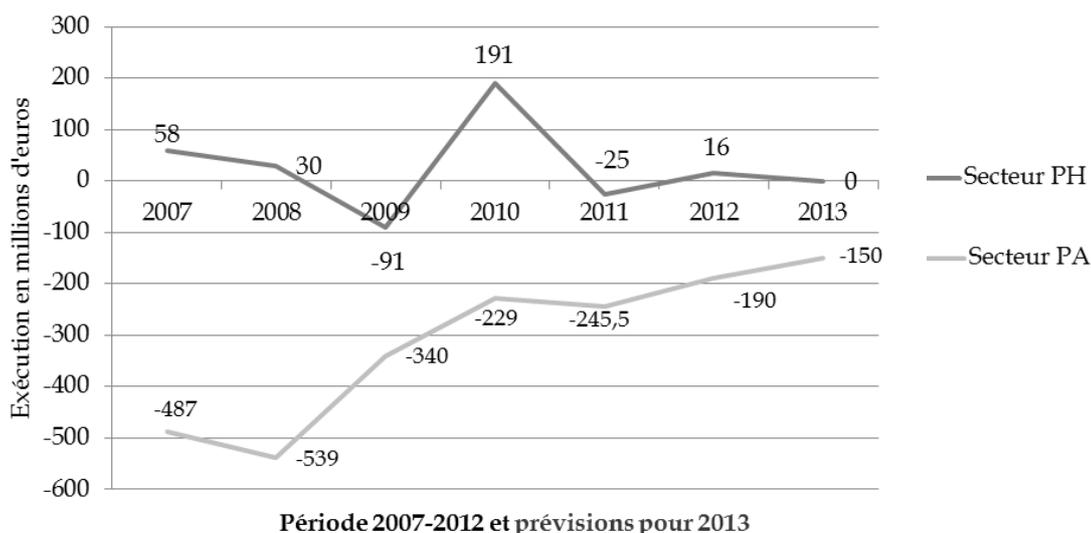
Ainsi, en 2012, **189 millions d'euros** n'ont pas été dépensés au titre de **l'OGD personnes âgées** tandis que **les crédits destinés aux établissements et services pour personnes handicapées** ont été surconsommés à hauteur de **16,3 millions d'euros**.

Si les données ne sont pas totalement stabilisées pour 2013, **150 millions d'euros devraient ne pas être utilisés**.

La sous-consommation de l'OGD personnes âgées est fréquemment dénoncée par les acteurs du secteur. Il est en effet regrettable que le taux d'évolution des crédits voté chaque année par la représentation nationale ne se traduise pas pleinement par des moyens supplémentaires dans les établissements et services concernés.

Le graphique suivant permet cependant de constater une moindre sous-consommation de l'OGD personnes âgées au cours de la période récente.

Tableau n° 1 : Consommation pluriannuelle de l'OGD arrêté



Source : CNSA

b) Les mesures mises en œuvre pour assurer une meilleure consommation des crédits

Plusieurs éléments contribuent à expliquer la sous-consommation de l'OGD personnes âgées.

En premier lieu, **les délais nécessaires à la parution des textes permettant d'entamer la campagne budgétaire** conduisent traditionnellement à un déclenchement tardif de celle-ci. Dès lors, la consommation des crédits ne peut s'effectuer que sur un nombre de mois limité.

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) dit travailler à publier le plus tôt possible la circulaire budgétaire. En 2013, ce texte a été transmis le 26 mars aux directeurs généraux d'ARS¹. L'arrêté interministériel fixant le montant de l'OGD a quant à lui été publié le 7 avril. Trois jours plus tard, le directeur de la CNSA a pris la décision fixant le montant des dotations régionales limitatives. **La campagne budgétaire et tarifaire, dont la durée est fixée à soixante jours, s'est achevée le 10 juin dernier.**

Par ailleurs, jusqu'en 2011, les créations de places étaient financées uniquement au moyen de crédits de paiement. La CNSA débloquent par conséquent des enveloppes qui ne pouvaient être entièrement consommées en raison des délais inhérents à l'installation des places. Depuis 2011, **les crédits sont délégués en autorisations d'engagement et crédits de paiement**, ce qui permet de prendre en compte le décalage entre la décision de financement des places et le paiement effectif de celles-ci.

2013 constitue par ailleurs la première année de plein déploiement de **l'application Harmonisation et partage d'informations** (Hapi). Cet outil d'appui à la tarification des établissements et services médico-sociaux doit permettre de renforcer le suivi de l'OGD. Soulignant la nécessité pour les ARS de réaliser l'intégralité de la campagne budgétaire avec Hapi, la DGCS indique dans sa circulaire budgétaire du 26 mars 2013 : *« l'utilisation en continu de cet outil pour la tarification constitue une priorité majeure pour améliorer la visibilité de la consommation par les ARS de leur dotation régionale limitative et fiabiliser les prévisions budgétaires nationales nécessaires, dans un calendrier compatible avec la construction de l'objectif national de dépenses pour le secteur médico-social de l'année n+1 »*.

Un arrêté relatif à la transmission obligatoire *via* Hapi des propositions budgétaires effectuées chaque automne par les établissements devrait paraître prochainement.

La conclusion de **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** (Cpom) devrait également contribuer à une meilleure consommation des crédits². En effet, les établissements financés dans le cadre d'un Cpom ne sont plus soumis aux lourdeurs de la procédure budgétaire contradictoire annuelle. Une enquête menée par la DGCS en 2012 auprès de seize ARS montre cependant que seuls 9,7 % des établissements et services médico-sociaux ont conclu un Cpom. Il s'agit pour l'essentiel de structures prenant en charge des personnes handicapées. Pour encourager le développement de cet outil, la DGCS a publié une circulaire en juillet dernier qui propose une méthodologie de négociation, d'élaboration et de suivi des Cpom³.

¹ Circulaire n° DGCS/5C/DSS/CNSA/2013/106 du 15 mars 2013.

² Ces contrats sont prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

³ Circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300.

Deux éléments continuent cependant de freiner l'élaboration de Cpom. En premier lieu, **l'arrêté prévu à l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles**, qui doit fixer le seuil d'activité à partir duquel la conclusion d'un Cpom est obligatoire pour les établissements placés sous l'autorité tarifaire exclusive de l'ARS ou du préfet de région, **n'a toujours pas été publié**. Il est attendu depuis le vote de la loi HPST du 21 juillet 2009¹. En second lieu, dans le champ des Ehpad, **des incertitudes existent quant à l'articulation des Cpom avec les conventions tripartites**. La DGCS doit prochainement clarifier le périmètre respectif de chacun de ces deux outils.

B. LES PRÉVISIONS D'ALLOCATION DES CRÉDITS DESTINÉS AU FINANCEMENT DE MESURES NOUVELLES EN 2014

1. La poursuite de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

130 millions d'euros devraient être dédiés en 2014 à la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), c'est-à-dire à l'augmentation du taux d'encadrement des résidents par des personnels soignants.

Mis en œuvre depuis le début des années 2000, le processus de **médicalisation** doit permettre d'apprécier plus finement les besoins de financement des établissements au moyen de deux outils :

- la **grille Aggir** a pour objet de mesurer le niveau de dépendance des personnes accueillies grâce au GIR moyen pondéré (GMP) ; six groupes sont définis allant de 6 à 1 pour les personnes les plus dépendantes ;

- la **grille Pathos** vise à effectuer une analyse transversale des besoins en soins (coupe Pathos), permettant de mesurer le pathos moyen pondéré (PMP).

Dans un premier temps, la médicalisation s'est fondée sur l'équation Dominic (dotation minimale de convergence), basée sur le GMP évalué et sur un PMP forfaitaire. Le **renouvellement des conventions tripartites** a été l'occasion de passer d'un PMP forfaitaire à un PMP réel et d'augmenter substantiellement les moyens alloués aux établissements.

Entre 2004 et 2013, 2,1 milliards d'euros ont été consacrés à la médicalisation des Ehpad.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Tableau n° 2 : Crédits alloués par l'assurance maladie à la médicalisation des Ehpad entre 2004 et 2013

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 p	Total
245	219	244	266	251	284	165	159	140	155	130	2 258

Source : DGCS – Réponses au questionnaire budgétaire

Selon la CNSA, **31 % des Ehpad représentant 26 % des places demeuraient tarifés en Dominic à la fin de l'année 2012**. Des efforts substantiels restent donc à faire pour assurer la poursuite de la médicalisation dans le cadre du renouvellement des conventions tripartites.

2. Les créations de places dans les établissements et services médico-sociaux

a) L'achèvement du plan solidarité grand âge

Dans le secteur personnes âgées, l'ensemble des autorisations d'engagement prévues dans le cadre du **plan solidarité grand âge (PSGA)**, soit 842 millions d'euros, ont été notifiées aux ARS à la fin de l'année 2012.

L'installation des places doit cependant se poursuivre. Les crédits de paiement restant à notifier aux ARS devraient ainsi permettre l'installation de 32 315 places nouvelles, dont 20 000 en Ehpad, entre 2013 et 2016. Elles s'ajouteront aux 51 884 places nouvelles déjà ouvertes depuis 2007.

Tableau n° 3 : Réalisation du plan solidarité grand âge au 31 décembre 2012

	Places programmées 2007-2012	Places notifiées 2007-2014	Taux de notification	Places autorisées 2007-2014	Places installées 2007-2012	Taux d'installation *
Accueil de jour	10 900	10 679	98%	6 842	4 441	65%
Ehpad	37 500	44 024	117%	42 503	24 356	57%
Hébergement temporaire	6 100	6 471	106%	4 043	2 511	62%
Ssiad	36 000	24 103	67%	21 629	20 576	95%
TOTAL	90 500	85 277	94%	75 017	51 884	69%

Taux d'installation = places installées/places autorisées

Source : CNSA – Conseil du 9 juillet 2013

Un premier bilan du PSGA montre un **net décalage entre les créations de places en Ehpad**, dont les objectifs devraient être très largement remplis voire dépassés, **et celles de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et d'accueil temporaire**. Pour pallier ce déséquilibre, les crédits notifiés par la CNSA sont entièrement dédiés au financement des solutions d'accueil alternatives à l'hébergement permanent (Ssiad, accueils de jour, hébergements temporaires) depuis la fin de l'année 2011.

Selon les données fournies par la DGCS, une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) est chargée d'effectuer une évaluation du PSGA dont les conclusions devraient être connues au printemps 2014.

b) Bilan et perspectives du plan Alzheimer

Le plan Alzheimer prévoit, en complément du PSGA, le financement de places nouvelles pour 239 millions d'euros. Au 31 décembre 2012, 13 076 avaient été installées. **15 millions d'euros doivent encore être délégués au titre du plan en 2014.**

Tableau n° 4 : Réalisation du plan Alzheimer au 31 décembre 2012

	Places programmées 2007-2012	Places notifiées 2008-2014	Places autorisées 2008-2014	Places installées 2007-2012	Taux d'installation
Pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa)	25 000	16 449	11 367	8 721	77 %
Plateformes de répit	150		88	87	99 %
Ssiad spécialisés	5 000	3 614	3 654	3 324	91 %
Unités d'hébergement renforcé (UHR)	1 667	1 660	1 048	944	90 %
Total	31 817	21 723	16 157	13 076	81 %

Source : CNSA – Conseil du 9 juillet 2013

Le bilan du plan Alzheimer publié en juin dernier souligne **le retard relatif pris dans l'installation des pôles d'activité et de soins adaptés (Pasa) et des unités d'hébergement renforcé (UHR)**, qui s'explique en partie par la rigidité des cahiers des charges et la mauvaise adaptation des objectifs initiaux aux réalités de terrain¹.

Le plan Alzheimer prévoyait également la mise en place des Maia, financées jusqu'en 2013 à partir de la section I du budget de la CNSA avant d'être intégrées dans le FIR. **Sur un objectif initial de 500 Maia, seules 148 étaient effectivement installées à la fin de l'année 2012.** Ce résultat en demi-teinte montre les difficultés d'appropriation d'un dispositif dont les modalités de fonctionnement doivent encore être perfectionnées.

Le rapport Ankri doit être suivi de travaux relatifs à la poursuite du plan Alzheimer et à son extension à l'ensemble des maladies neuro-dégénératives, conformément à l'engagement présidentiel.

¹ Pr Joël Ankri, Pre Christine Van Broeckhoven, Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012, juin 2013.

c) Le plan pluriannuel de créations de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées

1,2 milliard d'euros doivent être mobilisés sur la période 2008-2016 pour la réalisation du plan pluriannuel de créations de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées (PPCPPH). Fin 2012, **20 791 places ont été créées** dont 5 644 par la transformation de structures existantes.

La loi de financement pour 2014 prévoit la délégation de **154,8 millions d'euros** dans le cadre de ce plan. S'y ajouteront **7,8 millions d'euros destinés à la mise en œuvre des premières mesures du troisième plan autisme**, lancé en mai 2013.

Tableau n° 5 : Réalisation du programme pluriannuel handicap (places nouvelles et transformations) au 31 décembre 2012

	Places programmées 2008-2014	Places autorisées 2008-2016	Places installées 2008-2012	Taux d'installation
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogique (ITEP)	1 550	1 133	679	60 %
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	7 250	6 361	5 329	84 %
Etablissements polyhandicapés	700	426	328	77 %
Etablissements pour autistes	1 500	1 454	1 111	76 %
Etablissements pour déficients intellectuels	1 000	931	659	71 %
Accueil temporaire	250	82	60	73 %
Centres de ressources ou autres		451	388	86 %
TOTAL ENFANTS	12 250	10 838	8 554	79 %
Maisons d'accueil spécialisé (MAS)	4 550	3 836	2 476	65 %
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	8 450	5 800	3 721	64 %
Médicalisation FAM/Foyers de vie/Foyers occupationnels	2 500	519	406	78 %
Accueil temporaire	800	592	441	74 %
Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés - Ssiad	12 900	5 152	4 638	90 %
Expérimentations, innovation ou autre		676	555	82 %
TOTAL ADULTES	29 200	16 575	12 237	74 %
TOTAL	41 450	27 413	20 791	76 %

Source : CNSA - Conseil du 9 juillet 2013

C. LES CRÉDITS ALLOUÉS À LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

1. L'évolution du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

a) Les ressources propres de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Outre l'Ondam médico-social, la CNSA perçoit des ressources propres composées de la CSA et d'une fraction de CSG égale à 0,1 point.

Depuis la loi de financement pour 2013, s'ajoute à ces ressources la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie** (Casa). Fixée à un taux de 0,3 %, elle est assise sur une partie des pensions de retraite et d'invalidité ainsi que sur les préretraites¹.

Initialement, **le produit de la Casa devait être intégralement mis en réserve au sein d'une nouvelle section du budget de la CNSA** afin de préparer la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie. Cependant, la loi de financement pour 2013 a prévu, à titre exceptionnel, de reprendre à due concurrence une partie du produit de la CSG afin de l'affecter au fonds de solidarité vieillesse (FSV). **La création de la Casa a donc été budgétairement neutre pour la CNSA en 2013.**

L'article 15 du présent projet de loi de financement vise à renouveler ce dispositif en 2014. Un amendement adopté à l'Assemblée nationale permet cependant de **conserver 100 millions d'euros au sein du budget de la CNSA**. Cette enveloppe sera répartie de la façon suivante :

- 80,38 % seront destinés au financement de l'APA (section II du budget de la CNSA) ;

- 4,24 % à celui d'actions innovantes, de formation des aidants et de professionnalisation (section IV)

- 15,39 % seront mis en réserve dans la perspective de la réforme (section V bis).

En pratique, à la fin de l'année prochaine, 1 milliard d'euros auront été prélevés sur le budget de la CNSA pour venir combler le déficit du FSV. Le niveau de celui-ci a été évalué à 3,2 milliards d'euros pour 2014.

¹ Sont exonérés du paiement de la contribution les retraités qui bénéficient du taux réduit de CSG de 3,8 %, c'est-à-dire dont la contribution d'impôt sur le revenu de l'année précédente n'atteint pas le seuil de 61 euros applicable pour la mise en recouvrement de celle-ci. Selon les estimations du Gouvernement, l'application de ce seuil revenait à exclure 44 % des retraités du paiement de la Casa en 2013.

Tableau n° 6 : Ressources propres de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : exécution 2012 et prévisions pour 2013 et 2014

	<i>(en millions d'euros)</i>		
	Exécution	Prévisions	
	2012	2013	2014
Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	2 389	2 412	2 460
Sur les revenus d'activité	2 013	2 040	2 082
Sur les revenus du capital	375	372	378
<i>Dont patrimoine</i>	158	159	166
<i>Dont placements</i>	217	213	212
Contribution sociale généralisée (CSG)	1 189	785	633
Sur les revenus d'activité et de remplacement	1 069	706	567
<i>Dont revenus d'activité</i>	838	551	442
<i>Dont majorations et pénalités</i>	3	2	2
<i>Dont remplacement</i>	227	153	123
Sur les revenus du capital	114	76	64
<i>Dont patrimoine</i>	53	34	28
<i>Dont placements</i>	61	42	36
Sur les jeux	6	4	3
Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa)		470	645
TOTAL	3 578	3 667	3 739

Source : DGCS – Réponses au questionnaire budgétaire

b) Les dépenses autres que le financement des établissements et services médico-sociaux

En dehors du financement des établissements et services médico-sociaux décrit précédemment, la CNSA exerce d'autres missions au titre desquelles figurent :

- la contribution au financement des allocations individuelles de solidarité que sont l'**allocation personnalisée d'autonomie (APA)** et la **prestation de compensation du handicap (PCH)** ; en 2013, celle-ci devrait être respectivement de 1,7 milliard d'euros et 546 millions d'euros ;

- le financement des **maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** pour un montant estimé à 60 millions d'euros en 2013 ;

- des **actions de modernisation, de professionnalisation et de formation** pour 72 millions d'euros ;

- le **soutien à l'investissement** dans les établissements et services médico-sociaux.

En 2013, la CNSA devrait avoir dépensé 21,2 milliards d'euros pour l'exercice de ses différentes missions.

Tableau n° 7 : Budget rectifié de la CNSA pour l'année 2013 (Conseil du 9 juillet 2013)

(en millions d'euros)

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
Section I		Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	18 394,8	Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	18 394,8
Sous-Section 1		Sous-Section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	9 053,3	Établissements et services accueillant des personnes handicapées	9 053,3
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 000,9	Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	312,5
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	27,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 735,9
Agence nationale d'évaluation des ets et serv. médico-sociaux (ANESM)	0,7	Déficit	4,9
Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
Opérations diverses	24,3		
Excédent	0,0		
Sous-Section 2		Sous-Section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	9 341,5	Établissements et services accueillant des personnes âgées	9 341,5
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	9 260,5	Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	937,5
Financement de 188 MAIA (dont 50 nouvelles en 2013)	46,6	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 388,5
Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,1	Déficit	15,5
Agence nationale pour l'appui à la performance (ANAP)	0,5		
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	1,2		
Opérations diverses	31,5		
Excédent	0,0		
Section II		Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 714,7	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 714,7
Concours versés aux départements (APA)	1 691,6	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	480,8
Congé de soutien familial	0,3	Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	735,6
Opérations diverses	22,8	Contribution additionnelle solidarité autonomie (95 % CASA)	427,5
		Contribution des régimes d'assurance vieillesse	70,0
		Produits financiers	0,8
Section III		Section III	
Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	625,8	Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	625,8
Concours versés aux départements (PCH)	546,1	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	625,0
Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	Produits financiers	0,8
Congé de soutien familial	0,3		
Opérations diverses	19,4		
Section IV		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	148,1	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	148,1
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	72,3	Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	38,7
Fonds de restructuration des services d'aide à domicile (nouveau fonds 2013)	50,0	Contribution additionnelle solidarité autonomie (5 % CASA)	22,5
Fonds de restructuration des services d'aide à domicile (solde 2012-2013)	25,0	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Opérations diverses	0,8	Dotation État fonds de restructuration des services d'aide à domicile (solde 2012-2013)	25,0
Excédent	0,0	Déficit	50,0
Section V		Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	395,7	Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	395,7
Sous-section 1 – Actions en faveur des personnes âgées	260,0	Sous-section 1 – Actions en faveur des personnes âgées	260,0
Dépenses d'animation, prévention et études	9,8	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
Charges provisionnées	0,0	Reprise de provisions	0,0
PAI 2013 (avec CPER)	122,0	Affectation au PAI 2013 (1 % de CSA)	24,0
Charges provisionnelles "PAM 2006-2007 et PAI 2008-2012"	128,0	Reprise de provisions "Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement"	128,0
Excédent (réalisation de l'outil PAI)	0,2	Déficit	98,0
Sous-section 2 – Actions en faveur des personnes handicapées	135,7	Sous-section 2 – Actions en faveur des personnes handicapées	135,7
Dépenses d'animation, prévention et études	9,9	Prélèvement sur la section III	10,0
Charges provisionnées	0,0	Reprise de provisions	0,0
PAI 2013 (avec CPER)	66,0	Affectation au PAI 2013 (1 % de CSA)	24,0
Charges provisionnelles "PAM 2006-2007 et PAI 2008-2012"	54,8	Reprise de provisions "Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement"	54,8
Conventions emplois STAPS	4,8		
Excédent (réalisation de l'outil PAI)	0,1	Déficit	46,8
Section VI		Section VI	
Frais de gestion de la caisse	17,8	Frais de gestion de la caisse	17,8
Dépenses de fonctionnement/CNSA	7,1	Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	17,4
Dépenses de personnel/CNSA	9,8		
Charges provisionnées "supplément charges locatives CNP 2012 (DM n° 1) + contentieux RH (DM n° 1) + transaction (DM n° 2)"	0,4	Charges provisionnées "supplément charges locatives CNP 2012 (DM n° 1) + contentieux RH (DM n° 1) + transaction (DM n° 2)"	0,4
Excédent	0,4		
Total des charges du compte prévisionnel	21 246,8	Total des produits du compte prévisionnel	21 032,3
Résultat prévisionnel (excédent)	0,0	Résultat prévisionnel (déficit)	214,5
Total équilibre du compte	21 246,8	Total équilibre du compte	21 246,8
Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	15,7		
Total atténuation de recettes	33,9		

Source : Annexe 8 au PLFSS 2014

2. Les enjeux liés à l'utilisation des réserves de la CNSA

a) Des réserves appelées à diminuer au cours des prochaines années

La sous-exécution de l'OGD a permis la constitution de réserves importantes au sein du budget de la CNSA. Sans tenir compte des prévisions d'exécution de l'OGD, celles-ci devraient s'élever à **234 millions d'euros à la fin de l'année 2013**.

Tableau n° 8 : Evolution des réserves de la CNSA entre 2006 et 2012 et de leur utilisation

(en millions d'euros)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
Résultat	+129	+298	+56	-474	-292	+223	-22	-215
Réserves	+660	+958	+1 014	+540	+248	+471	+449	+234

Source : CNSA

Les réserves de la CNSA sont régulièrement utilisées pour financer le plan d'aide à l'investissement (PAI) et, de façon paradoxale au regard de la sous-consommation chronique de l'OGD, pour abonder ce dernier. Elles sont également parfois mobilisées pour **assurer le financement de dispositifs plus ponctuels**.

Ainsi, en 2012, 50 millions d'euros ont été prélevés pour **financer le deuxième fonds de restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile**¹.

L'article 48 de la loi de finances rectificative pour 2012 a par ailleurs instauré un prélèvement de 170 millions d'euros destiné à alimenter **un fonds exceptionnel de soutien aux départements en difficulté**, géré par la CNSA pour le compte de l'Etat.

b) La question du financement du plan d'aide à l'investissement

Si la meilleure consommation de l'OGD se confirme, les réserves de la CNSA ont vocation à diminuer au cours des prochaines années. Se pose dès lors la question du **financement du PAI**, qui fait très largement appel à ces réserves.

En effet, les crédits du PAI, votés chaque année par le Parlement depuis la loi de financement pour 2011, sont **systématiquement gelés** pour assurer la régulation de l'Ondam. Ils sont ensuite **abondés en cours d'année à partir des réserves de la CNSA**.

¹ Un premier fonds du même montant avait été créé par la loi de finances pour 2012.

Il convient de noter que ce mécanisme, qui certes n'est pas garant d'une grande visibilité sur la politique d'investissement de la CNSA, permet chaque année de doter le PAI de ressources plus importantes que celles votées en loi de financement. **En 2013, 120 millions d'euros ont ainsi été prélevés sur les réserves de la CNSA.**

Sans l'appel aux réserves de la CNSA, **le PAI ne pourrait plus être financé que grâce au dégel des crédits votés pour l'année précédente.** Cette situation, qui n'est pas satisfaisante, soulève deux types de préoccupations.

En premier lieu, elle **invite à réfléchir sur la façon dont doit être assurée la régulation de l'Ondam.** Depuis plusieurs années, le Sénat souligne les limites de mesures de gel qui pèsent de façon démesurée sur l'Ondam médico-social au regard de sa part dans l'Ondam global et s'avèrent contraires au principe de fongibilité asymétrique¹.

En second lieu, elle doit conduire à **s'interroger sur l'opportunité de mobiliser des ressources nouvelles au sein du budget de la CNSA.** A tout le moins, votre rapporteur estime que **les crédits alloués au PAI devraient pouvoir être mieux identifiés** au sein d'une section dédiée du budget de la CNSA. Tel était d'ailleurs l'objet de l'amendement adopté au Sénat à l'initiative de Sylvie Demarescaux, rapporteur pour le secteur médico-social, lors de l'examen de la loi financement pour 2011. Un mécanisme de financement temporaire avait finalement été privilégié à la demande du Gouvernement. C'est ce dispositif qui est toujours en vigueur aujourd'hui.

L'enjeu du financement du PAI est d'autant plus fort que **les besoins de modernisation des établissements sont importants.** Selon les estimations de la CNSA, 11,7 milliards d'euros seraient nécessaires pour la seule modernisation des établissements pour personnes âgées construits avant 1970, qui représentent 22 % du parc. Le besoin de financement serait de 3,1 milliards d'euros dans le secteur personnes handicapées.

¹ En vertu du principe de fongibilité asymétrique, les crédits médico-sociaux ne peuvent venir abonder les destinés aux soins de ville et aux établissements de santé. Or, à partir du moment où l'Ondam médico-social est une enveloppe fermée, les mesures de gel qui lui sont appliquées ont bien pour objet d'assurer la régulation des enveloppes soins de ville et établissements de santé.

II. UN SECTEUR CONFRONTÉ À DES ENJEUX RÉCURRENTS QUI N'ONT PAS ENCORE TROUVÉ DES SOLUTIONS PLEINEMENT SATISFAISANTES

A. LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

1. Une dynamique positive engagée dans le secteur personnes handicapées

Un rapport commun de l'Igas et de l'Inspection générale des finances (IGF), publié en octobre 2012, a permis de dresser un panorama des enjeux relatifs au financement des établissements et services pour personnes handicapées¹.

Il a notamment insisté sur **le manque d'outils permettant de connaître et évaluer les situations de handicaps**. Ces lacunes empêchent de fonder la planification sur une observation médico-sociale étayée et de faire reposer la tarification sur un outil équivalent aux grilles Aggir et Pathos, qui s'appliquent dans le secteur personnes âgées.

Complexe et inéquitable en raison de la reconduction de dotations historiques qui s'éloignent progressivement des coûts réellement supportés, la tarification des établissements et services pour personnes handicapées fait en outre intervenir **plusieurs financeurs** (assurance maladie, départements, Etat), parfois de façon commune. Il en est ainsi pour les centres d'action médico-sociale précoces (CAMSP), financés à hauteur de 80 % par l'OGD et de 20 % par les conseils généraux.

S'appuyant sur l'exemple des réformes tarifaires passées dans les secteurs sanitaire, social et médico-social, la mission insiste sur le fait que **la méthode de conduite du changement constitue le premier gage de réussite d'une réforme ambitieuse**. Elle en souligne les éléments clés :

- un nouveau système de tarification ne peut être lancé qu'à la condition que soient réunis un certain nombre de **prérequis techniques**, au titre desquels figure la réalisation d'une **étude nationale de coûts** ;

- la réforme doit faire l'objet d'un **accompagnement politique fort et associer l'ensemble des acteurs** tout en reposant sur une **équipe projet dédiée**, capable d'interagir rapidement avec les administrations et les cabinets concernés ;

- la mise en œuvre de la réforme ne peut s'envisager que sur **le temps long**, c'est-à-dire plusieurs années.

¹ Inspection générale des affaires sociales, *Etablissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement*, octobre 2012.

Tirant les conséquences de ce rapport, **le comité interministériel de modernisation de l'action publique** a inscrit la réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées à la liste de ses travaux. Un comité de pilotage a été mis en place et une nouvelle mission Igas/IGF devrait permettre en parallèle de préciser le calendrier et les modalités de la réforme.

2. Des incertitudes nombreuses quant à la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

La **tarification à la ressource** des Ehpad, prévue par la loi de financement pour 2009 et codifiée à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, devrait permettre de simplifier le déroulement des campagnes budgétaires et de clarifier le partage des responsabilités entre financeurs. **Le décret nécessaire à son entrée en vigueur n'est cependant toujours pas paru.**

Les Ehpad peuvent par ailleurs opter, pour la tarification de la section soins, entre une **tarification partielle et une tarification globale**¹. La tarification globale comprend les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement ainsi que certains examens de biologie et de radiologie. Avec le tarif partiel, le financement de ces prestations est laissé à la charge de l'enveloppe soins de ville.

Depuis l'exercice 2011, les ARS ont instruction de surseoir à la mise en œuvre du tarif global en raison du surcoût important que représente le choix de cette option pour l'Ondam médico-social et dans l'attente de son évaluation. Une première mission de l'Igas a été menée pour évaluer le dispositif². Elle doit être suivie d'une seconde. Une enquête de coûts a par ailleurs été confiée à l'agence technique de l'information hospitalière (Atih).

Les **modalités de prise en charge des médicaments** ne sont pas non plus stabilisées. La loi de financement pour 2013 a mis fin à l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins en Ehpad pour les établissements sans pharmacie à usage intérieur (PUI). Cette sortie doit faire l'objet d'un suivi spécifique et d'une évaluation mais aucune piste claire ne semble se dégager concernant les modalités de prise en charge de ces dépenses.

¹ Article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles.

² Igas, « Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes - évaluation de l'option tarifaire dite globale », octobre 2011.

L'article 67 de la loi de financement pour 2012 a par ailleurs prévu l'expérimentation d'une **modulation du forfait soins en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience**. Les travaux préparatoires à sa mise en œuvre s'avérant peu concluants, l'Assemblée nationale a adopté un amendement tendant à mettre fin à l'expérimentation dans le présent projet de loi, rejoignant ainsi la position adoptée par le Sénat depuis l'introduction de cette mesure.

Dans ce contexte d'incertitudes, **le processus de convergence tarifaire** se poursuit et devrait s'étendre jusqu'en 2016. Un arrêté du 6 février 2012 en a cependant limité le champ puisqu'il ne s'applique désormais plus qu'aux établissements passés à une tarification au GMPS.

Votre rapporteur regrette l'absence de visibilité qui caractérise la tarification des Ehpad. Celle-ci est d'autant plus problématique dans un contexte où **une part significative des établissements sera prochainement amenée à renouveler ses conventions tripartites**. Votre rapporteur souhaite que **les études de coûts et les travaux menés par le comité scientifique sur les référentiels Aggir et Pathos** puissent conduire rapidement à des **arbitrages concertés** avec le secteur et trouver une traduction dans la **prochaine réforme sur l'adaptation de la société au vieillissement**.

3. Les réformes en cours concernant les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile

Auparavant tarifés au prix de journée, **les Ssiad** sont financés par dotation globale depuis 2006. Ce mode de tarification est imparfait, en particulier parce qu'il ne permet pas d'adapter les financements à la lourdeur des prises en charge. Des expérimentations sont donc menées depuis 2010 dont l'objectif est d'assurer une meilleure prise en charge des patients, une allocation plus équitable des ressources, fonction notamment de la charge en soins et des coûts supportés par les structures, et d'engager un processus de convergence tarifaire entre les services.

La réforme envisagée doit permettre de doter chaque Ssiad d'un nombre de points correspondant à la somme entre des points dits « structure » liés à la taille du service et des points dits « patients », fonction notamment de quinze variables permettant de déterminer la charge en soins (le GIR, l'utilisation d'un lit médicalisé, l'existence d'un diabète, par exemple). Le forfait global attribué au Ssiad serait alors déterminé en multipliant la somme du score structure et du score patient par la valeur nationale du point.

Ce nouveau mode de financement n'est pas encore entré en vigueur. Une enquête nationale de coûts lancée en 2012 devrait permettre d'envisager la mise en œuvre concrète de la réforme et d'ajuster un modèle qui ne semble pas susciter l'entière satisfaction des acteurs concernés.

Face aux difficultés financières que connaît le secteur, plusieurs missions se sont penchées sur la réforme de la tarification des **services d'aide et d'accompagnement à domicile** (Saad)¹. L'article 150 de la loi de finances pour 2012, qui crée par ailleurs un premier fonds de restructuration des Saad, s'inspire de ces travaux en ouvrant aux services la possibilité d'opter, à titre expérimental et pour une durée maximum de trois ans, entre un forfait global négocié, s'inspirant des recommandations de l'ADF, et une tarification horaire, assortie le cas échéant d'une dotation valorisant des missions d'intérêt général spécifiques.

Un **comité de pilotage sur la refondation de l'aide à domicile** a été mis en place le 3 juillet 2013. Il a pour objet de piloter les expérimentations menées dans les conseils généraux et de réaliser une étude des prestations et des coûts.

B. L'IMPACT DES CHANGEMENTS INTRODUIITS PAR LA LOI « HPST » CONCERNANT LES CRÉATIONS DE PLACES ET LA PROGRAMMATION AU NIVEAU RÉGIONAL

1. Une procédure d'appel à projets à améliorer

Depuis la loi « HPST » du 21 juillet 2009, les créations de structures et certaines de leurs évolutions s'effectuent dans le cadre d'une **procédure d'appel à projets**.

Cette réforme se fondait sur le constat des limites du système antérieur. Les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms) ne remplissaient pas pleinement leur rôle de filtre et il était difficile d'assurer une couverture équitable des besoins sur les territoires avec un système ne reposant que sur l'émergence d'initiatives locales.

Après quelques lenteurs de mise en œuvre initiale, la procédure d'appel à projets semble désormais reconnue comme un progrès, en particulier lorsqu'il s'agit de créer des structures nouvelles. **Au 31 décembre 2012, 116 appels à projets avaient été lancés.** Plusieurs marges d'amélioration peuvent cependant être dégagées.

¹ Il s'agit en particulier d'une mission commune Igas/IGF, de travaux menés par l'ADF en partenariat avec des associations gestionnaires de services et d'une mission menée par la députée Bérange Poletti.

La procédure gagnerait à être **assouplie** dans certains cas. En particulier, le délai de soixante jours fixé pour répondre aux appels à projets s'avère parfois court, notamment pour les établissements publics, soumis au respect des règles fixées par le code des marchés publics.

La pertinence de la procédure d'appel à projets apparaît en outre plus limitée dans certains cas d'extensions ou de transformations de l'offre existante. Le rapport précité de l'Igas sur les établissements et services pour personnes handicapées recommande ainsi d'exonérer de l'appel à projets les cas d'adaptation de l'offre d'une structure lorsque celle-ci s'effectue dans le cadre d'un Cpom.

Les procédures applicables en cas de renouvellement d'autorisation pourraient également être revues. Plusieurs des fédérations auditionnées par votre rapporteur ont à ce titre souligné la nécessité de supprimer les visites de conformité obligatoires.

La DGCS travaille actuellement à la réforme de la procédure d'appel à projets. Une concertation avec les fédérations du secteur médico-social a été engagée. Votre rapporteur estime nécessaire qu'elle soit poursuivie jusqu'à la mise en œuvre effective de la réforme. Il sera en outre attentif à ce que cette dernière puisse être pleinement discutée par la représentation nationale dans les prochains mois.

2. Des ajustements nécessaires en matière de programmation au niveau régional

Créés par la loi du 11 février 2005, les **programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie** (Priac) devaient constituer à la fois des outils d'évaluation des besoins et de programmation de l'offre au niveau régional. Selon le rapport précité de l'Igas sur les structures pour personnes handicapées, les Priac présentaient certaines limites, notamment en ce qu'ils servaient avant tout à recenser les projets en attente de financement plutôt qu'à identifier les besoins avérés sur les territoires.

Depuis la loi « HPST », **les Priac ne constituent plus que la déclinaison opérationnelle des schémas régionaux d'organisation médico-sociale** (Sroms), qui sont désormais les véritables outils d'évaluation des besoins au niveau régional.

Au regard des témoignages recueillis par votre rapporteur lors de ses auditions, il semble que cette évolution ne soit pas pleinement appropriée par les acteurs de terrain. Des clarifications seront sans doute nécessaires afin de donner **plus de visibilité aux outils de programmation élaborés au niveau régional** et d'assurer **une meilleure articulation avec les schémas définis au plan départemental.**

C. UN DÉCLOISONNEMENT DES PRISES EN CHARGE QUI DOIT ENCORE ÊTRE ASSURÉ

1. Les risques de rupture de prise en charge liés aux cloisonnements entre les secteurs sanitaire et médico-social

Prévue par la loi de financement pour 2012 et renforcée l'année suivante, l'expérimentation d'un **parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie** (Paerpa) n'en est encore qu'à ses prémises. Plusieurs points d'attention peuvent d'ores et déjà être identifiés concernant sa mise en œuvre.

Les **solutions d'hébergement temporaire au moment de la sortie d'hospitalisation** doivent permettre d'assurer le retour à domicile dans des conditions satisfaisantes, sans risque de rupture de prise en charge. La DGCS dit porter une attention particulière à cette question.

Elle est également vigilante quant à l'expérimentation des **services polyvalents d'aide et de soins à domicile** (Spasad) rénovés, qui doivent assurer une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire des patients.

Les travaux lancés par trois fédérations¹ au mois de mai dernier sur **l'articulation entre Ssiad et hospitalisation à domicile** (HAD) pourraient utilement éclairer la mise en œuvre du Paerpa. Leurs résultats devraient être connus au premier semestre 2014. Trois objectifs ont été fixés :

- identifier les profils des patients justifiant d'une coopération HAD/Ssiad ;
- faciliter l'organisation du relais entre HAD et Ssiad ;
- définir les contours et les conditions de prises en charge, le cas échéant, concomitantes.

2. Les risques de rupture de prise en charge liés aux barrières d'âge

La question des ruptures de prise en charge en raison des barrières d'âge se pose de façon accrue pour les personnes en situation de handicap, dans un contexte de tensions sur le nombre de places disponibles dans les établissements et services.

C'est tout l'enjeu de la prise en charge des jeunes dits « amendement Creton » mais également des **personnes handicapées vieillissantes**, parfois maintenues en établissement et service d'aide par le travail (Esat) alors même qu'elles ne sont plus en mesure d'exercer une activité professionnelle.

¹ La *fédération nationale de l'hospitalisation à domicile (Fnehad)*, l'*union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA)* et l'*union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR)*.

Le rapport précité de l'Igas recommande sur ce point de développer des solutions de temps partiel qui seraient complétées par un accompagnement occupationnel adapté.

Concernant les modalités de mise en œuvre des politiques publiques, plusieurs travaux recommandent de créer des **maisons départementales de l'autonomie**¹. La CNSA a d'ailleurs contribué, dans trois départements, au financement de structures de ce type, développées à titre expérimental. Une telle solution ne serait cependant opportune qu'à la condition d'un réel décloisonnement des politiques menées à destination des personnes âgées et handicapées, qui pourrait passer en premier lieu par la mise en œuvre plus systématique d'**outils de programmation communs à ces deux secteurs dans les départements**.

¹ Il s'agit notamment des rapports Aquino et Broussy publiés au début de l'année 2013.

III. LES POINTS D'ATTENTION CONCERNANT LE FUTUR PROJET DE LOI D'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Annoncée par le Président de la République au début de l'année 2013 lors du congrès de l'Union nationale interfédérales des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss), **la réforme relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population** a vu ses contours et son calendrier précisés par le Premier ministre le 14 octobre dernier.

Le futur projet de loi de programmation s'articulera autour de trois piliers que sont **l'anticipation, l'adaptation et l'accompagnement**, qui ont fait l'objet de rapports remis à la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie en début d'année 2013¹.

A. LES ENJEUX DE FINANCEMENT ET DE GOUVERNANCE : DES PRÉALABLES INDISPENSABLES À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE RÉFORME AMBITIEUSE

1. Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'un véritable projet de société

Aucun des trois rapports remis à la ministre au début de l'année 2013 ne mentionne la question du financement de la prochaine réforme. Il s'agit pourtant d'un **enjeu central** dont a pleinement conscience le Gouvernement puisqu'il a créé en 2013 une ressource qui doit lui être dédiée. Ainsi que l'a indiqué le Premier ministre le 14 octobre, **la Casa lui sera pleinement consacrée à partir de 2015**.

Votre rapporteur se satisfait de cette annonce. Il regrette cependant qu'il n'en ait pas été de même en 2013 et 2014.

Comme l'a souligné le Premier ministre le 14 octobre, le futur projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement n'a pas pour simple objet d'ajuster à la marge les dispositifs existants. Il doit constituer un « *grand projet de société [...] pour adapter notre protection sociale au vieillissement, et plus largement changer le regard de la société sur les personnes âgées Il faut en effet lutter contre cette image négative qui ferait du vieillissement un synonyme de charge et d'isolement* ». De ce point de vue, il aurait été **plus lisible et plus compréhensible pour les Français que cette contribution, qui pèse sur les retraités, ait eu dès l'origine une vocation clairement assumée**.

¹ Il s'agit des rapports du docteur Jean-Pierre Aquino, « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », de Luc Broussy sur l'adaptation de la société au vieillissement et de Martine Pinville sur les comparaisons internationales.

Cette réforme longtemps attendue ne pourra être réellement ambitieuse qu'à la condition d'un effort financier substantiel. **Etre en mesure de mobiliser, dès le début de l'année 2015, 1,1 milliard d'euros, aurait été plus qu'utile.**

2. Les acteurs de la mise en œuvre de la réforme

La mise en œuvre de la réforme fera intervenir trois acteurs que sont la CNSA, les ARS et les conseils généraux.

La CNSA devrait voir son rôle de pilote des politiques publiques relatives à l'autonomie s'affirmer. Selon les informations fournies à votre rapporteur, une telle évolution pourrait notamment passer par un renforcement des compétences techniques de la caisse concernant le développement des systèmes d'information et par la mise en place d'un portail d'information grand public sur l'offre en établissements pour personnes âgées.

La gouvernance de la CNSA pourrait également être revue avec un renforcement de la participation des conseils généraux et l'entrée des différentes caisses de sécurité sociale à son conseil d'administration.

L'articulation entre la CNSA et la DGCS constitue également un enjeu central. Les travaux que mène actuellement la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat sur les ARS montrent combien le bon fonctionnement de celles-ci dépend fortement de la qualité du pilotage effectué au niveau national. De ce point de vue, des marges d'amélioration substantielles devraient pouvoir être trouvées. La publication en 2013 et pour la première fois d'une **circulaire budgétaire commune** constitue une première étape qui demande à être confirmée.

La mise en œuvre des réformes suppose également de **renforcer la coopération entre les conseils généraux**, acteurs traditionnels de la prise en charge de la perte d'autonomie, **et les ARS**, qui ont pour mission d'assurer le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social. Cela suppose notamment de clarifier le **partage des responsabilités financières** entre chacun de ces deux acteurs et d'assurer le bon fonctionnement des **délégations territoriales**, afin que celles-ci soient en mesure de tisser des liens privilégiés avec les conseils généraux.

B. LE MAINTIEN À DOMICILE : UNE PRIORITÉ POUR LES FRANÇAIS

Comme l'a annoncé le Premier ministre, **le premier volet du futur projet de loi sera consacré au maintien à domicile.**

Une concertation doit être engagée au mois de novembre, notamment avec les départements, les représentants du secteur des personnes âgées et les partenaires sociaux. S'agissant d'une loi de programmation, le Conseil économique, social et environnemental sera saisi du texte au premier trimestre 2014. **Son adoption est envisagée d'ici la fin de l'année prochaine.**

1. L'indispensable réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) bénéficiait en décembre 2012 à **1,22 million de personnes**, un chiffre en augmentation de 1,6 % par rapport à l'année 2011¹. 60 % d'entre elles vivaient à domicile et 40 % en établissement, une proportion stable depuis plusieurs années.

L'APA a représenté un progrès considérable par rapport à la prestation spécifique dépendance (PSD), en particulier en raison de l'absence de recouvrement sur succession et de l'ouverture aux personnes relevant du GIR 4. Ces avancées expliquent en grande partie **la forte montée en charge** du dispositif jusqu'en 2005. Plus modérée depuis, l'augmentation du nombre de bénéficiaires continue de porter davantage sur l'APA à domicile que sur l'APA en établissement.

La capacité de solvabilisation de la prestation s'est dégradée au fil des années. 26 % des plans d'aide élaborés pour les bénéficiaires de l'APA à domicile sont aujourd'hui saturés, ce qui signifie que les besoins des personnes excèdent très certainement le montant maximal de prise en charge². Ce pourcentage s'élève à 44 % pour les plus dépendantes d'entre elles, qui relèvent du GIR 1.

Cette situation rend indispensable une refonte du dispositif, qui sera indissociable d'une réflexion sur un partage équitable de son financement. **En 2013, comme les années précédentes, les départements assurent près de 70 % du financement de l'APA.** Votre rapporteur estime nécessaire que la concertation préalable au futur projet de loi soit l'occasion **d'établir un calendrier permettant d'atteindre, dans les prochaines années, un partage égal du financement de l'APA entre l'Etat et les départements.** Certes, un tel ratio n'a jamais été inscrit formellement dans la loi. Il a cependant été

¹ Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

² Drees, Etudes et résultats, « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », n° 748, février 2011.

évoqué et a constitué l'un des éléments forts permettant l'adhésion des départements à la création de l'APA en 2001.

Tableau n° 9 : Evolution des dépenses d'APA et du taux de couverture par la CNSA

(en millions d'euros)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)	2014 (p)
Dépense totale d'APA	4244	4555	4855	5029	5183	5264	5368	5473	5582
Concours de la CNSA	1412	1513	1599	1548	1536	1622	1656	1692	1717
Taux de couverture	33,3%	33,2%	32,9%	30,8%	29,6%	30,8%	30,8%	30,9%	30,8%

Source : CNSA

Des mesures ont été prises afin de soutenir les départements confrontés à des difficultés pour assurer le financement des trois allocations individuelles de solidarité (RSA, APA, PCH). En 2013, 170 millions d'euros ont été prélevés sur les réserves de la CNSA et sont venus alimenter un fonds exceptionnel de soutien.

Le **pacte de confiance et de responsabilité** signé le 16 juillet 2013 prévoit la mise en place d'un mécanisme de péréquation qui serait fondé sur le transfert des frais de gestion de la taxe foncière sur les propriétés bâties (827 millions d'euros) et ouvre aux départements la faculté de relever temporairement, en 2014 et 2015, le plafond des droits de mutation à titre onéreux à hauteur d'un maximum de 4,5 %.

La réforme de l'APA à domicile doit par ailleurs être envisagée en lien avec les évolutions à apporter au **rôle des caisses d'assurance vieillesse dans la prise en charge des GIR 5 et 6**. Votre rapporteur a été alerté à plusieurs reprises au cours de ses auditions sur un relatif désengagement financier de celles-ci qui met parfois certains bénéficiaires en difficulté.

2. Les efforts à mener en matière de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie

Le maintien à domicile est d'autant plus aisé si la perte d'autonomie a été correctement anticipée et fait l'objet d'un accompagnement adapté.

Le rapport Aquino « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société » formule trente-cinq recommandations sous la forme de fiches-actions thématiques tout en fournissant des éléments de méthode pour la conduite d'une politique de prévention qui soit pleinement efficace.

Celle-ci doit à la fois intervenir dans des **moments de rupture** (passage à la retraite, maladie en particulier) mais également **tout au long de la vie** (promotion d'une alimentation équilibrée et du développement des activités physiques et sportives, prévention et santé bucco-dentaire).

La prévention doit également être **pluridisciplinaire**, c'est-à-dire ne pas se centrer sur le sanitaire, le médico-social et le social, mais prendre en compte l'ensemble de l'environnement de la personne. Cette dimension pluridisciplinaire implique la mise en œuvre de **politiques interministérielles**.

Parmi les préconisations du rapport figure la lutte contre **l'isolement des personnes âgées**, qui fait d'ores et déjà l'objet d'un dispositif spécifique de mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées (Monalisa) lancé en décembre 2012.

Des mesures spécifiques en faveur des aidants devront également être envisagées. Le rapport d'évaluation du plan Alzheimer réalisé par le professeur Ankri fournit à ce titre des éclairages utiles. Il insiste en particulier sur la nécessité de revoir en partie la façon dont est abordée la question de **la formation des aidants**. Ces derniers sont en effet souvent moins à la recherche d'une formation théorique que de conseils pratiques et d'échanges plus informels autour de la prise en charge de la maladie de leurs proches fondés sur le partage d'expériences. L'expérience du plan Alzheimer devrait également contribuer à la réflexion sur le développement des **structures de répit** pour les aidants.

3. Le logement : un élément central de l'adaptation au vieillissement

L'adaptation des logements constitue un élément fort pour assurer le maintien à domicile le plus longtemps possible.

Le rapport Broussy recommande à ce titre de créer un « **diagnostic habitat-mobilité** » à partir de soixante-quinze ans qui serait pris en charge par les mutuelles et les institutions de retraite complémentaire. La généralisation de ces diagnostics impliquerait en parallèle de renforcer les efforts en faveur du **développement du métier d'ergothérapeute**.

Le développement de **formules de logement intermédiaires** entre le domicile et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pourrait également être étudié en s'appuyant sur une analyse approfondie des dispositifs déjà existants, notamment des logements-foyers. Le rapport Broussy suggère la création d'une nouvelle catégorie d'établissements, la « **résidence plate-forme de quartier** », qui aurait pour mission de proposer un ensemble de services (hébergement, animation, services à domicile, information, notamment) au sein d'un quartier.

C. LA PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT : UN POIDS DE PLUS EN PLUS LOURD POUR LES RÉSIDENTS ET LEURS PROCHES

Le second volet de la réforme concernera l'accompagnement et la prise en charge en établissement. Un groupe de travail doit être mis en place sur ce sujet en 2014 avec les départements et les fédérations de directeurs et d'établissements.

1. Un poids croissant, difficile à apprécier finement

En 2009, l'Igas a évalué à au moins 1 500 euros les dépenses à la charge d'une personne accueillie en Ehpad¹. Ce chiffre, qui ne constitue qu'une estimation basse et que l'Igas définit comme « *une sorte de minimum incompressible* », est supérieur au niveau moyen des pensions de retraite.

Le niveau total des dépenses supportées par les résidents reste en outre particulièrement difficile à apprécier en raison des différences observées entre établissements, qu'il s'agisse de la définition du tarif hébergement, du talon APA ou des dépenses diverses (frais de blanchissage, coiffure, accès à une ligne téléphonique, à la télévision ou à internet notamment).

Toute réforme approfondie sur le sujet devrait donc être précédée d'un diagnostic étayé des coûts supportés par les résidents.

2. Des dispositifs d'aide à améliorer

Plusieurs mécanismes d'aides permettent de limiter le montant des sommes restant à la charge des résidents.

Au titre des **aides fiscales** figurent l'exonération d'impôt sur l'APA et la réduction d'impôt de 25 % au titre des frais de dépendance et d'hébergement. De fait, ces dispositifs ne s'appliquent qu'aux personnes assujetties à l'impôt sur le revenu. Leur transformation en crédits d'impôts, évoquée à plusieurs reprises représenterait un surcoût important pour les finances publiques.

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) est destinée aux personnes âgées dépendantes de plus de soixante-cinq ans prises en charge dans des établissements médico-sociaux habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Elle est attribuée sous condition de ressources du demandeur et de ses obligés alimentaires et soumise à un recouvrement sur le patrimoine des bénéficiaires applicable dès le premier euro. Selon une étude de l'Igas menée en 2011, le recours en récupération, combiné à l'obligation alimentaire,

¹ Igas, « *Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », Août 2009.

exerce un effet dissuasif certain, bien qu'indéterminé, sur la décision de demander l'ASH voire d'entrer en Ehpad¹.

Enfin, les **aides personnelles au logement** (APL) peuvent être versées aux résidents, sous condition de ressources et du conventionnement de l'établissement. Comme le souligne l'Igas, les APL sont essentiellement versées aux bénéficiaires de l'aide sociale. Intégrées dans les ressources de ces derniers, elles contribuent donc avant tout à limiter le montant des aides versées par les départements.

Au final, l'Igas estime que *« ces trois dispositifs sont hétérogènes, attribués par des financeurs distincts (l'Etat pour les aides fiscales, la caisse nationale d'allocations familiales pour les aides au logement, les conseils généraux pour l'aide sociale) et non articulés entre eux. Ils n'ont pas été conçus spécifiquement pour répondre à la préoccupation contemporaine de diminution des sommes mises à la charge des résidents, ils épousent des logiques propres et, en définitive, le ciblage insuffisant de la plupart de ces aides leur confère un caractère largement antiredistributif »*.

¹ Igas, « Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement », juillet 2011.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (Fegapei)**
Didier Arnal, directeur général adjoint
Pia Cohen, directrice des relations institutionnelles
Marie Aboussa, directrice déléguée, direction générale adjointe des services aux adhérents
- **Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)**
Yves Vérollet, délégué général
Nicolas Pailloux, conseiller politiques publiques
Line Lartigue-Doucouré, directrice santé-action sociale
- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
Annabelle Malnou, chargée de mission au pôle organisation sanitaire et médico-sociale
- **Assemblée des départements de France (ADF)**
André Montané, vice-président du conseil général de l'Ariège
Jean-Pierre Hardy, responsable du service politiques sociales
Marylène Jouvien, chargée des relations parlementaires
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**
Luc Allaire, directeur
Emmanuelle Dubée, directrice adjointe
Xavier Dupont, directeur des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss)**
Laurent Thevenin, conseiller technique handicap - santé
Alain Villez, conseiller technique personnes âgées

- **Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR)**
Thierry d'Aboville, secrétaire général
Maud Collomb, directrice développement
Jérôme Comminges, responsable gestion
- **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa)**
Antoine Fraysse, responsable du pôle médico-social
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**
Sabine Fourcade, directrice générale
Nathalie Cuvillier, sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap)**
Antoine Dubout, président
Yves-Jean Dupuis, directeur général
Adeline Leberche, directrice du secteur médico-social