

N° 114

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

Enregistré à la Présidence du Sénat le 9 novembre 2016

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 2017,***

Par M. René-Paul SAVARY,
Sénateur,
Rapporteur.

Tome III :
Secteur médico-social

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Émery-Dumas, Corinne Féré, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoigne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouveau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Évelyne Yonnet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 4072, 4150, 4151 et T.A. 829

Sénat : 106, 108, 114 tomes I à VIII (2016-2017)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.....	5
AVANT-PROPOS	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL	9
I. LE FINANCEMENT DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : DES PRATIQUES PEU LISIBLES À LA PÉRENNITÉ MENACÉE	9
A. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX EN TROMPE-L'OEIL	9
1. <i>L'exécution de l'Ondam médico-social de l'exercice 2016 : un écart important entre les crédits votés et réalisés</i>	<i>9</i>
2. <i>L'évolution de l'OGD en 2017 : la sollicitation massive de crédits non pérennes.....</i>	<i>12</i>
a) <i>La composition de l'OGD.....</i>	<i>12</i>
b) <i>La destination de l'OGD</i>	<i>13</i>
3. <i>La délégation des crédits médico-sociaux aux ARS : un circuit à repenser</i>	<i>14</i>
B. L'EXÉCUTION DU BUDGET DE LA CNSA.....	16
1. <i>Un résultat fortement, mais exceptionnellement, excédentaire en 2015</i>	<i>16</i>
2. <i>Un exercice 2016 marqué par plusieurs virages importants</i>	<i>17</i>
a) <i>Préliminaire : des entraves dans le calendrier budgétaire de la CNSA</i>	<i>17</i>
b) <i>Une montée en charge des missions « budgétaires » de la CNSA suite à l'application de la loi ASV</i>	<i>18</i>
c) <i>Une clarification nécessaire de la mission d'investissement.....</i>	<i>19</i>
d) <i>L'évolution du montant des réserves et le dynamisme des ressources propres</i>	<i>20</i>
3. <i>L'exercice 2017 : de nombreuses inconnues qui questionnent la viabilité du modèle à long terme</i>	<i>22</i>
a) <i>Une réforme comptable aux enjeux majeurs.....</i>	<i>22</i>
b) <i>Une redéfinition des recettes en cohérence partielle avec l'accroissement des missions.....</i>	<i>24</i>
c) <i>L'épuisement des réserves à l'horizon des prochains exercices</i>	<i>25</i>
d) <i>La menace sur la mission d'investissement de la CNSA</i>	<i>26</i>
II. LE SECTEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES : DES ÉTABLISSEMENTS DANS L'INCERTITUDE	29
A. UN BILAN MITIGÉ DES PLANS DE CRÉATIONS DE PLACES : UN TAUX D'INSTALLATION VARIABLE SELON LES PUBLICS.....	29
B. LES ENGAGEMENTS PRIS À LA CONFÉRENCE NATIONALE DU HANDICAP	30
1. <i>Vers une généralisation de la « réponse accompagnée pour tous ».....</i>	<i>31</i>
2. <i>Vers un quatrième plan autisme.....</i>	<i>32</i>
C. UN DIALOGUE DE GESTION QUI RESTE ENCORE À DÉFINIR.....	32

III. LE SECTEUR DES PERSONNES ÂGÉES : DES POLITIQUES NATIONALES EN PROGRÈS, DES POLITIQUES LOCALES EN RETARD	35
A. UN BILAN HONORABLE DES PLANS DE CRÉATIONS DE PLACES.....	35
1. <i>Un bilan satisfaisant du plan solidarité grand âge malgré un détournement de sa philosophie d'origine.....</i>	35
2. <i>Les réussites du plan Alzheimer et du plan maladies neuro-dégénératives.....</i>	37
B. UNE RÉFORME TARIFAIRE DES EHPAD À LA MONTÉE EN CHARGE PROBLÉMATIQUE	38
1. <i>Vers une dotation globale sur sept ans</i>	38
2. <i>Des modalités qui posent problème</i>	38
a) <i>Des délais trop contraints</i>	38
b) <i>Des chiffrages à préciser</i>	39
C. L'ARTICULATION NÉCESSAIRE DE LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DANS LES TERRITOIRES	39
1. <i>Une sollicitation des acteurs sanitaires et médico-sociaux.....</i>	39
2. <i>La nécessité d'une coordination</i>	40
a) <i>Des cloisonnements dommageables à la personne</i>	40
b) <i>Les deux axes du dialogue entre secteurs</i>	40
3. <i>Le problème de l'échelon territorial pertinent.....</i>	41
a) <i>Des compétences partagées.....</i>	41
b) <i>Le choix du département à consolider</i>	42
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	45

Les observations du rapporteur du secteur médico-social

L'objectif global de dépenses (OGD) connaît en 2017 une évolution faciale importante (en hausse de 11,6 % par rapport au montant constaté de 2016), largement liée à l'intégration dans l'Ondam médico-social des frais de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (Esat), estimés à 1,477 milliard d'euros. Cet élément neutralisé, on constate **une augmentation de l'Ondam médico-social de 2,2 % par rapport à son montant voté de 2016 et de 3,3 % par rapport à son montant constaté de 2016.**

Ces chiffres en progression ne doivent pas faire oublier **la menace réelle qui pèse sur la soutenabilité financière à long terme du secteur médico-social.** La hausse affichée de l'Ondam médico-social n'empêche pas les nombreux gels et surgels qu'il subit en cours d'exercice et qui ont été, sur les exercices précédents, compensés par un recours abusif aux réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dont on anticipe un épuisement à partir de 2018.

Cette menace ne concerne pas seulement le financement des établissements existants, mais également la **création de places nouvelles**, en grande partie financé par un plan d'aide à l'investissement (PAI) directement alimenté par les réserves de la CNSA. Votre rapporteur se montre particulièrement inquiet quant à la réalisation des grands plans nationaux de créations de places, dont l'échéance a été reportée à 2020 et auxquels il sera urgent de trouver d'autres sources de financement d'ici 2018.

L'article 46 du projet de loi de financement de la sécurité sociale apporte de nombreuses précisions relatives à la **généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom)** dans les deux secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées. Si votre rapporteur se réjouit de l'application d'une logique contractuelle plus souple et donnant aux gestionnaires d'établissements un horizon budgétaire moins contraint, il souhaite rappeler que les deux secteurs (personnes âgées et personnes handicapées) répondent à des logiques de tarification très distinctes. Si la réforme tarifaire des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad) sera très prochainement mise en œuvre, celle des établissements accueillant des personnes handicapées est encore très largement devant nous.

Enfin, l'article 48 propose la prorogation du dispositif « parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa), ce qui donnera à votre rapporteur l'occasion d'évoquer le problème insuffisamment traité de **la prévention de la perte d'autonomie dans les territoires.**

Mesdames, Messieurs,

L'Ondam médico-social connaîtra en 2017, à périmètre constant, une nouvelle hausse estimée à 2,9 % par le Gouvernement, confirmant ainsi la tendance pluriannuelle plus élevée que le reste de l'Ondam. Toutefois, cette progression affichée doit être relativisée dans la mesure où l'Ondam médico-social subit régulièrement en cours d'exercice de nombreuses ponctions provoquant des écarts entre le montant exécuté et le montant voté.

L'exercice 2017 verra très probablement la fin d'un modèle de financement du secteur médico-social. Le recours massif aux fonds propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) s'est révélé un moyen récurrent de compensation des baisses infra-annuelles de l'Ondam médico-social, tout en assurant un maintien de façade des crédits médico-sociaux. La pleine entrée en vigueur de la loi portant adaptation de la société au vieillissement (ASV) entraînera dans les années à venir l'épuisement progressif des réserves de la CNSA et fera peser sur le secteur médico-social une contrainte financière qui, bien que depuis longtemps identifiée et dénoncée par le Sénat, n'a été que fort peu anticipée par le Gouvernement.

L'un des principaux volets de la loi ASV, à savoir le nouveau mode de tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), entrera en vigueur l'an prochain. Cette réforme, très attendue par le secteur et potentiellement porteuse d'une meilleure allocation des ressources aux établissements, devra faire l'objet d'une attention scrupuleuse, tant en raison de ses délais contraints que de la complexité induite pour les services tarificateurs par ce nouveau mode de financement.

Les crédits pour 2017 apporteront une aide bienvenue aux plans de créations de places, dont l'échéance a dû être, pour la plupart d'entre eux, reportée à 2020. Si le secteur des personnes âgées montre un dynamisme honorable dans le rythme de livraison des places, le secteur des personnes handicapées souffre d'un retard plus important. Ce retard a des conséquences dramatiques, dont les médias se sont largement fait l'écho.

Le déficit de l'offre amène de nombreuses familles soit à consentir à une prise en charge inadaptée, soit à privilégier la solution de l'exil en Belgique, où les pratiques sont moins cloisonnées et les délais d'installation moins longs. Plusieurs dispositifs, notamment la « réponse accompagnée pour tous », ont été mis en place par le Gouvernement et votre rapporteur espère que l'année à venir verra leur succès et leur diffusion.

L'article 46 du projet de loi de financement de la sécurité sociale apporte de nombreuses précisions relatives à la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) dans les deux secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées. Très favorable au principe d'une contractualisation plus souple, mais non exemptée du contrôle de l'autorité tarifaire, votre rapporteur souhaite mettre en garde contre une vision trop unificatrice du secteur médico-social, que cette logique contractuelle semble véhiculer, alors que les deux publics montrent, notamment en matière de tarification, des différences importantes.

Enfin, l'article 48 propose la prorogation du dispositif « parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa), ce qui donnera à votre rapporteur l'occasion d'évoquer le problème insuffisamment traité de la prévention de la perte d'autonomie dans les territoires. Le cloisonnement des acteurs et l'empilement des structures sont autant de facteurs qui compliquent l'accès pour les usagers à des services devant leur assurer un accompagnement réellement individualisé.

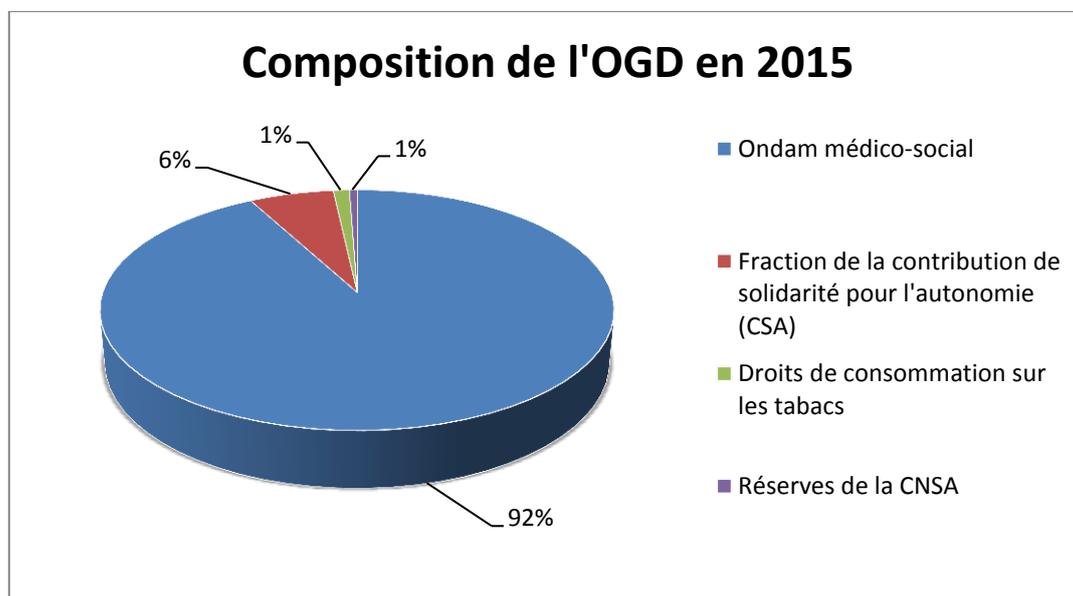
I. LE FINANCEMENT DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL : DES PRATIQUES PEU LISIBLES À LA PÉRENNITÉ MENACÉE

A. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX EN TROMPE-L'OEIL

1. L'exécution de l'Ondam médico-social de l'exercice 2016 : un écart important entre les crédits votés et réalisés

Le Parlement se prononce chaque année en loi de financement de la sécurité sociale sur le niveau des crédits d'assurance maladie consacrés au financement des établissements et services médico-sociaux. Ces crédits sont regroupés au sein de **deux des sous-objectifs** de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Il s'agit, d'une part, de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées, d'autre part de la contribution d'assurance maladie destinée aux établissements et services pour personnes handicapées. Ces deux sous-objectifs forment ce qui est communément appelé **l'Ondam médico-social**.

Retracé au sein de la section I du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) l'Ondam médico-social est complété chaque année par une partie des ressources propres de la CNSA correspondant à une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et à une fraction de la contribution sur les droits du tabacs. Cet ensemble forme **l'objectif global de dépenses (OGD)**, dont le niveau est fixé par voie réglementaire une fois la loi de financement publiée.



Le premier examen auquel votre rapporteur s'est livré concerne l'exécution des crédits de l'Ondam médico-social votés en 2015 pour 2016, qui s'élevaient à 18 183 millions d'euros. Les chiffres obtenus font *a priori* état d'une **exécution de l'Ondam médico-social en 2016 inférieure de près de 185 millions d'euros aux montants votés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016**. Ces chiffres semblent aggraver la tendance qui augmente d'exercice en exercice l'écart entre les crédits votés par le Parlement et ceux effectivement utilisés, plus connue sous le nom de « **sous-consommation de l'Ondam médico-social** ».

On constate que cette sous-consommation se trouve essentiellement répercutée dans le secteur des personnes handicapées, pour un montant de 117 millions d'euros.

Montants arrêtés et montants constatés des Ondam médico-sociaux

(en millions d'euros)

	2015			2016		
	Montant arrêté	Montant constaté	Écart	Montant arrêté	Montant constaté	Écart
Ondam MS	17 851	17 800	-51	18 183	18 000	-183
dont PA	8 651	8 700	49	8 866	8 800	-66
dont PH	9 200 ¹	9 100	-100	9 317	9 200	-117

Source : Questionnaire parlementaire 2017, lois de financement de la sécurité sociale pour 2015, 2016 et 2017

Cet écart s'explique par des **mesures fréquentes de redistribution des montants au sein de l'Ondam général**, qui se font le plus souvent au détriment du sous-objectif « médico-social » et en faveur du sous-objectif « soins de ville ». Ces mesures de redistribution sont officiellement désignées comme « mises en réserves » mais sont plus communément (et explicitement) connues comme « **gels** », et « **surgels** », pour celles intervenant en cours d'exercice.

¹ Ce chiffre est celui indiqué à l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, alors que la réponse aux questionnaires parlementaires de 2017 indique un montant de 9 050 millions d'euros.

Répartition des gels et surgels du champ médico-social

(en millions d'euros)

		Gel	Surgel	Total des gels et surgels	Contribution du champ médico-social aux « mises en réserves » (% ONDAM global)
2014	OGD	51	42	93	11%
	PAI	49		49	
	Réserves CNSA				
	Total	100	42	142	
2015	OGD	65	20	85	25%
	PAI	25		25	
	Réserves CNSA		88 ¹	88	
	Total	90	108	198	
2016	OGD	111		111	23%
	PAI				
	Réserves CNSA	10 ²		10	
	Total	121		121	

Source : Questionnaire parlementaire 2017

Ces gels et surgels interviennent pour une large part *via* une diminution du montant global de l'OGD (formé pour 85 % de l'Ondam médico-social) et, plus marginalement, *via* une diminution du montant de deux postes du budget de la CNSA : le plan d'aide à l'investissement (PAI) et ses fonds propres (plus communément appelés ses « réserves »).

À ce titre, votre rapporteur note avec satisfaction que la tendance observée en 2014 et 2015 de prélever des montants importants au titre des gels et surgels sur le PAI semble s'être interrompue en 2016, sanctuarisant ainsi ces crédits pour l'usage originel qu'on leur réservait, à savoir le renouvellement des infrastructures accueillant des personnes âgées ou handicapées.

Comme le tableau ci-dessus le montre, la pratique des gels et surgels a en outre subi deux évolutions notables depuis 2015. On constate d'abord une forte **augmentation de la contribution de l'OGD (et donc de l'Ondam médico-social) à la régulation de l'Ondam**, stabilisée depuis deux ans à près d'un quart. On relève ensuite une **sollicitation importante des réserves de la CNSA dans cette régulation**, qui constituent pourtant par définition une source non pérenne de crédits.

¹ Ce montant s'élevait à 75 millions dans le rapport de notre collègue Colette Giudicelli sur le volet médico-social de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (n° 134). L'écart de 13 millions s'explique par des opérations de régulation de fin d'année, qui ne correspondent pourtant pas au montant de 48 millions indiqué par la réponse au questionnaire parlementaire de 2017.

² Montant susceptible de réévaluation en tenant compte des opérations de régulation de fin d'année.

Il est à noter que le recours à ces réserves, pour l'exercice 2016, s'élève actuellement à 10 millions d'euros mais devra être **fortement réévalué** à la suite d'opérations de régulation de fin d'année. Il devrait s'élever à environ 75 millions d'euros (afin que l'on retrouve l'écart de 185 millions d'euros entre le montant arrêté et le montant constaté).

Votre rapporteur déplore fortement la faible lisibilité de ces pratiques, qui tendent *in fine* à minorer le montant de l'Ondam médico-social approuvé par le Parlement et à entamer sa fiabilité. En 2016, le montant des crédits médico-sociaux de l'assurance maladie (18 milliards d'euros) afficheront donc une **progression réelle de 1,12 %, et non de 1,9 % comme le prévoyait la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.**

2. L'évolution de l'OGD en 2017 : la sollicitation massive de crédits non pérennes

a) La composition de l'OGD

L'article 55 du PLFSS fixe à **20,1 milliards d'euros le montant de l'Ondam médico-social pour 2017**, décomposé en 9,1 milliards à destination des personnes âgées et 11 milliards d'euros à destination des personnes handicapées. Une évolution faciale aussi importante (en hausse de 11,6 % par rapport au montant réel de 2016) s'explique en premier lieu par l'intégration dans l'Ondam médico-social des frais de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail¹ (Esat), estimés à 1,477 milliard d'euros². Cet élément neutralisé, on constate **une augmentation de l'Ondam médico-social de 2,2 % par rapport à son montant voté de 2016 et de 3,3 % par rapport à son montant constaté de 2016**³. Votre rapporteur, en cohérence avec les remarques précédemment faites, tient à tempérer l'optimisme que de tels chiffres, qui viennent interrompre plusieurs années de décélération progressive de l'Ondam médico-social, pourraient susciter.

L'Ondam médico-social vient abonder l'OGD, qui rassemble la totalité des financements destinés à la prise en charge des soins dans les établissements et services médico-sociaux. L'Ondam médico-social en constitue la part majoritaire, en plus d'une fraction de la CSA ainsi que d'une ponction sur les réserves de la CNSA.

¹ Mesure inscrite à l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

² Projet de loi de finances pour 2016 (mission « Solidarités, insertion et égalité des chances »), rapport général n° 164 (2015-2016) de M. Éric Bocquet au nom de la commission des finances du Sénat.

³ Le Gouvernement, pour sa part, indique une progression de 2,9 % dans le dossier de presse du PLFSS pour 2017.

Décomposition et montant de l'OGD

(en millions d'euros)

	2015	2016		2017
	Montant constaté	Montant arrêté	Montant constaté ¹	Montant prévisionnel
Ondam médico-social (1)	17 800	18 183	18 000	20 100
<i>dont PA</i>	8 700	8 866	8 800	9 100
<i>dont PH</i>	9 100	9 317	9 200	11 000
CSA et autres ressources propres (2)	1 179	1 186		1 206
Réserves de la CNSA (3)	110	160		230
OGD (1+2+3)	19 089	19 529		21 536

Source : Dossiers de presse PLFSS 2016 et 2017, budget 2015 de la CNSA, questionnaire parlementaire 2017

La principale inquiétude de votre rapporteur s'agissant de l'OGD tient à **la part croissante (doublée en deux ans) représentée par la ponction sur les réserves de la CNSA**. Déjà sollicitées pour compenser les gels et les surgels de l'Ondam en cours d'exercice, leur mise à contribution dans la construction de l'OGD, comme si elles constituaient une ressource propre récurrente, ne manque pas de faire peser, à terme, un danger sur la soutenabilité du financement du secteur médico-social (cf. *infra*).

b) La destination de l'OGD

Le dossier de presse du PLFSS pour 2017 indique que l'augmentation substantielle de l'OGD permettra le financement de **590 millions d'euros de mesures supplémentaires**. Votre rapporteur s'interroge sur la pertinence de ce chiffre, sachant que dans l'attente du dernier budget modificatif de la CNSA pour l'exercice 2016, nous ne disposons pas du montant de l'OGD réellement consommé cette année. Néanmoins, sur la base des montants attendus pour 2016 et en neutralisant l'effet de l'intégration des Esat, on constate une augmentation de l'OGD en 2017 de 3,1 %.

Ces 590 millions d'euros de mesures supplémentaires permettraient notamment de :

- revaloriser de 0,92 % (contre 0,8 % pour l'exercice précédent) les **moyens de fonctionnement dans les structures existantes** (à savoir la mobilisation de 110 millions d'euros environ) ;

¹ Les montants constatés de CSA, réserves sollicitées et OGD sont indisponibles en 2016 en raison de l'examen courant novembre d'un budget modificatif de la CNSA.

- soutenir les différents **plans de créations de places** dans les deux secteurs des personnes âgées (pour un montant de 209 millions d'euros) et des personnes handicapées (pour un montant de 85 millions d'euros) ;
- accompagner la **réforme tarifaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)** en mobilisant 185 millions d'euros (dont 32 millions au titre des financements complémentaires venant en appui des formes particulières de prise en charge).

Si votre rapporteur ne peut que se réjouir des moyens alloués aux plans de créations de places, qui pour certains ont accusé un retard important (cf. *infra*), il estime que le montant des dotations aux structures existantes mérite un examen particulier. Sur l'exercice 2016, « l'actualisation des moyens au sein des ESMS se traduit par un taux d'évolution de 0,66 %¹ », qui prend en compte l'évolution de la masse salariale² (pour une pondération de 82 %) et l'évolution du prix des autres facteurs (pour une pondération de 18 %). Or, cette évolution de 0,66 % se situe en-deçà du taux de 0,8 % initialement prévu par le PLFSS pour 2016 pour les moyens dévolus aux structures existantes.

Votre rapporteur en déduit qu'une partie non négligeable des dotations notifiées par la CNSA aux ARS n'entre pas dans l'actualisation des moyens des établissements, mais se trouve **réservée par ces dernières au titre des crédits non reconductibles** (cf. *infra*) ou parfois **réintégrée aux réserves de la CNSA comme dotations non consommées** (cf. *infra*). Ainsi, il conviendra d'observer sur l'exercice 2017 le taux d'évolution des dotations régionales limitatives (DRL) en regard du chiffre annoncé de 0,92 %.

3. La délégation des crédits médico-sociaux aux ARS : un circuit à repenser

Le constat en 2015 d'une sous-consommation de l'Ondam médico-social oblige à se pencher sur la question de la délégation des crédits de l'OGD par la CNSA aux ARS. Cette délégation se fait par la CNSA en autorisations d'engagements, et annuellement en crédits de paiement.

Cette délégation divise les financements en deux catégories :

- la principale se compose de la **dotation globale** (élaborée par équation tarifaire dans le secteur des personnes âgées, et encore selon une logique prévisionnelle dans le secteur des personnes handicapées) ;

¹ Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

² L'évolution de la masse salariale doit faire l'objet d'une distinction entre établissements du secteur public (qui doivent répercuter le dégel de l'indice du point de la fonction publique) et les établissements du secteur privé non lucratif qui, à leur différence, bénéficient du crédit d'impôt compétitivité emploi (Cice).

- les **financements dits complémentaires**, qui viennent appuyer certains établissements dans des cas de prise en charge complexes.

Peuvent s'y ajouter des **financements dits expérimentaux**, provenant du Fonds d'intervention régional (Fir), dont les crédits, qui s'élèvent à environ 3 milliards d'euros, sont retracés dans un sous-objectif spécifique de l'Ondam et, n'étant donc pas imputés sur l'Ondam médico-social, ne sont pas délégués par la CNSA.

La délégation des crédits par la CNSA aux ARS se fait **selon une logique prévisionnelle**. Les crédits sont alloués en début d'année en fonction d'une prévision d'ouvertures de places émise par chaque ARS, avec possibilité pour la CNSA de récupérer mensuellement les crédits non consommés, et qui alimentent ainsi ses réserves. En revanche, peuvent être distingués au sein des crédits non repris par la CNSA aux ARS des crédits qui ne couvrent pas des dépenses pérennes. Ce sont les **crédits non reconductibles (CNR)**.

Ils proviennent de deux sources : soit des crédits spécifiquement désignés, au moment de leur délégation par la CNSA, comme ne devant pas financer une action pérenne, soit des crédits issus de marges dégagées par les ARS sur le différentiel entre les moyens mis à leur disposition pour l'évolution des structures existantes et l'évolution effective des DRL (cf. *supra*). On ne dispose pas actuellement de données consolidées capables de distinguer la pondération de ces deux origines dans le montant global des CNR, qui s'élève en 2015 à **466,3 millions d'euros**¹. De façon schématique, il est possible de présenter les CNR comme les moyens laissés à la discrétion des ARS pour moduler les dotations distribuées aux établissements en fonction des besoins.

Si votre rapporteur se montre favorable à ce que les ARS disposent de moyens modulables, rendus nécessaires par l'hétérogénéité de la couverture de leur territoire et par le taux de médicalisation de leurs établissements, il estime que le montant des CNR est excessivement élevé, au regard notamment des besoins de financement que la CNSA ne manquera pas de dégager d'ici peu d'années.

Il souhaite que soit prochainement engagée une réflexion sur les modalités de délégation des crédits aux ARS. Conserver une logique prévisionnelle au niveau de la délégation nationale des crédits, alors qu'elle est en recul au niveau de la délégation régionale au profit de la tarification à la ressource, lui paraît relever de l'anachronisme. La dichotomie de ces modes de délégation conduit mécaniquement l'ARS à percevoir des crédits d'une façon beaucoup moins stricte que celle selon laquelle elle les tarifie.

¹ Selon une réponse au questionnaire parlementaire 2017.

B. L'EXÉCUTION DU BUDGET DE LA CNSA**1. Un résultat fortement, mais exceptionnellement, excédentaire en 2015****Budget réalisé pour l'exercice 2015 par section***(en millions d'euros)*

	Charges	Produits	Déficit	Excédent
Section I : Financement des établissements	19 227			
<i>dont lié à l'OGD</i>	19 067	19 034 ¹	193	
Section II : Financement de l'APA	1 810	1 810		
Section III : Financement de la PCH et des MDPH	643	643		
Section IV : Actions innovantes et formations	118	98	20	
Section V : Autres dépenses²	356	196	160	
Section V bis : Anticipation de la loi ASV	20	700		680
Section VI : Frais de gestion	18	18		
Total	22 192	22 499	373	680
Résultat				307

Source : Rapport CNSA 2015

Votre rapporteur constate que **l'exercice 2015 connaît une première année de surconsommation de l'OGD**. En effet, le montant des dépenses de la CNSA liées à l'OGD est de 19 067 millions d'euros, soit 33 millions de plus que le montant qui lui est versé au titre de l'OGD. Cette surconsommation de l'OGD est essentiellement imputable au secteur des personnes handicapées et vient donc diminuer d'autant le montant des réserves de la CNSA.

De plus, **l'important excédent dégagé par la CNSA en 2015** s'explique par le montant non consommé de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), initialement prévu pour la mise en œuvre de la loi ASV. Ce montant net de 307 millions d'euros, ajouté au montant des fonds propres nets de l'exercice précédent³, porte **le niveau des réserves à près de 745 millions d'euros au début de l'exercice 2016**. La contribution de ces réserves à l'OGD de 2016 s'est élevée à 160 millions d'euros.

¹ Il s'agit de l'OGD versé à la CNSA.

² Cette section intègre, pour cet exercice, un plan d'aide à l'investissement de 100 millions d'euros, repris dans une section à part pour l'exercice 2016.

³ Estimé à environ 444 millions d'euros, rapport CNSA 2015.

2. Un exercice 2016 marqué par plusieurs virages importants

a) Préliminaire : des entraves dans le calendrier budgétaire de la CNSA

Avant d'entamer l'examen budgétaire de l'exercice 2016 de la CNSA, votre rapporteur souhaiterait apporter plusieurs précisions relatives au calendrier budgétaire de la caisse, dont les modalités, définies par la loi, sont peu satisfaisantes au regard de **l'examen parlementaire des comptes pour l'exercice en cours**.

L'article L. 14-10-3 du Casf dispose que la CNSA « *transmet, chaque année, au Parlement et au Gouvernement, au plus tard le 15 octobre, un rapport présentant les comptes prévisionnels de la caisse pour l'année en cours et l'année suivante ainsi que l'utilisation des ressources affectées* ». Cet article présente une double difficulté pour l'examen budgétaire :

- Il laisse toute latitude à la CNSA pour transmettre le rapport mentionné à tout moment de l'exercice avant le 15 octobre. Dans le cas où la publication de ce rapport intervient trop tôt dans l'année (le 12 avril pour 2016), les crédits sur l'exercice passé sont exécutés mais **les crédits sur l'exercice courant n'ont fait l'objet que d'une consommation très partielle**. Le Parlement peut se reporter aux annexes du PLFSS, mais **le Conseil de la CNSA n'est pas tenu, pour le cas où un nouveau budget modificatif serait voté après la diffusion de son rapport, d'en informer le Parlement**.
- Le rapport porte sur les seuls « comptes prévisionnels », et non sur la situation patrimoniale de la CNSA. Or, c'est bien cette dernière qui révèle le montant des réserves. Celui-ci n'est connu du Parlement que par le biais du compte budgétaire ou des communications du Conseil de la CNSA.

b) Une montée en charge des missions « budgétaires » de la CNSA suite à l'application de la loi ASV

Budget rectificatif¹ pour l'exercice 2016 par section

(en millions d'euros)

	Charges	Produits	Déficit	Excédent
Section I : Financement des établissements	19 698	19 542	157	
<i>dont lié à l'OGD</i>	19 522			
Section II : Financement de l'APA	2 178	2 283		105
Section III : Financement de la PCH et des MDPH	657	657		
Section IV : Actions innovantes et formations	153	153		
Section V : Autres dépenses	446	551		105
Section VI : Frais de gestion	21	21		
Section VII : Aide à l'investissement	110	0	110	
Total	23 263	23 206	267	210
Résultat			57	

Source : Annexe 8 PLFSS 2017

Il est possible de constater plusieurs virages intervenus dans la gestion budgétaire de la CNSA à partir de 2016. Les chiffres dont nous disposons sont encore de nature prévisionnelle mais indiquent un **faible niveau de sous-consommation de l'OGD pour 2017** : des produits chiffrés à 19 542 millions d'euros et des charges de 19 522 millions d'euros donnent une sous-consommation d'environ 20 millions d'euros. Ce rapprochement des produits et des charges liées à l'OGD, dont il y a tout lieu de se réjouir, emporte une conséquence importante : la sous-consommation de l'OGD étant une des sources des réserves de la CNSA, **le niveau de ces dernières est donc appelé à rapidement diminuer**.

Votre rapporteur note également **la montée en charge de la CNSA sur plusieurs de ses missions fondamentales**. Outre l'élévation de l'effort financier en faveur des établissements, la CNSA augmente sa contribution au financement des allocations de solidarité individuelles, en application des dispositions de la loi ASV (financement de l'Apa à domicile notamment).

¹ Tel qu'adopté à la séance du Conseil de la CNSA du 5 juillet 2016.

Là encore, la tendance est satisfaisante, mais votre rapporteur ne saurait trop insister sur la tension qui demeure très élevée sur les finances départementales : si la CNSA finance l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) pour 2 300 millions d'euros et la prestation de compensation du handicap (PCH) pour environ 500 millions d'euros, les conseils départementaux, entre autres prestations, assument des montants respectifs de 3 400 millions et 1 300 millions d'euros.

De façon générale, le compte prévisionnel pour l'exercice 2016 donne un aperçu relativement fiable de « l'activité » de la caisse sans prise en compte de ses ressources exceptionnelles. On observe un déficit global d'environ 60 millions d'euros lié au léger déficit de la section I relative au financement des établissements ainsi qu'au plan d'aide à l'investissement. **En l'état actuel de ses ressources et de ses missions hors investissement, la CNSA se trouve donc proche de l'équilibre budgétaire.**

c) Une clarification nécessaire de la mission d'investissement

On se réjouira également de l'augmentation de 10 millions d'euros du montant destiné au **plan d'aide à l'investissement**, initialement voté pour un montant de 100 millions d'euros par la loi ASV, même si plusieurs réserves ont été émises sur l'usage de ces crédits. Nos collègues rapporteurs de la loi ASV, Georges Labazée et Gérard Roche, ont en effet relevé que, contrairement à l'esprit du législateur, le montant du PAI était dans les faits essentiellement fléché vers les rénovations de structures existantes, et non vers le financement de structures nouvelles.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, s'est engagée devant la commission des affaires sociales à donner les instructions nécessaires¹. La CNSA rappelle à cet égard que le PAI peut être dévolu aux deux usages et que l'utilisation de ses crédits est en grande partie à la discrétion de l'ARS. Votre rapporteur reprend à son compte les observations de ses collègues, en rappelant que le PAI doit avant tout servir d'appui aux plans de créations de places.

Votre rapporteur souligne enfin que, contrairement à l'exercice 2015 où les crédits du PAI étaient ventilés entre les deux sous-sections de la section V, permettant ainsi de distinguer ceux destinés au secteur des personnes âgées (environ 70 millions) et au secteur des personnes handicapées (30 millions), la création en 2016 d'une section VII dédiée au PAI **ne fait plus apparaître cette distinction.**

¹ *Compte-rendu de l'audition du 19 octobre 2016, devant la commission des affaires sociales du Sénat.*

d) L'évolution du montant des réserves et le dynamisme des ressources propres

Comme indiqué précédemment, le niveau des réserves prévu à la clôture de l'exercice 2016 sera actualisé lors de la dernière séance du Conseil de la CNSA de l'année, le 22 novembre prochain. La CNSA peut néanmoins estimer son montant pour fin 2016 à **environ 715 millions d'euros**¹. On observe donc, par rapport au montant initial de 745 millions d'euros, une diminution nette des réserves de la CNSA de 30 millions d'euros.

Cette diminution nette de 30 millions d'euros a de quoi étonner quand on connaît le montant des « décaissements sur réserves » que la CNSA a dû assurer sur l'exercice 2016 : la couverture du déficit budgétaire estimé à 60 millions, une participation à l'OGD initialement fixée à 160 millions par la LFSS pour 2016, un montant de gels et de surgels estimé au minimum à 80 millions et une contribution à l'Agence nationale de l'habitat (Anah) de 20 millions². Ces décaissements totalisent 320 millions d'euros, ce qui suppose, pour atteindre la diminution nette de 30 millions, que **les « encaissements de réserves » auraient atteint sur la période 290 millions d'euros**.

Il importe de noter que le Parlement ne dispose que d'une visibilité restreinte sur le montant et sur l'origine de ces encaissements de réserves. Pour leur plus grande partie, ils sont le produit du **très grand nombre de reprises sur provisions** repérées dans le budget de la CNSA, qu'on peut chiffrer à environ 235 millions d'euros³. Ces provisions sont essentiellement issues des autorisations d'engagements non consommées du plan d'aide à la modernisation et à l'investissement (160 millions), du fonds de soutien aux départements en difficulté (50 millions) et du fonds pour la modernisation des Saad (25 millions).

Le fonds de soutien aux départements en difficulté

La loi de finances rectificative pour 2015⁴ a créé un **fonds d'urgence affecté aux départements en difficulté financière et doté de 50 millions d'euros à prélever sur les fonds propres de la CNSA**. Sont visés les départements dont le ratio entre le montant des dépenses sociales et le montant des dépenses de fonctionnement dépasse la moyenne nationale et dont le taux d'épargne brute est inférieur ou égal à 7,5 % en 2014 (critères cumulatifs).

¹ Chiffre communiqué par la directrice générale de la CNSA lors de son audition par le rapporteur.

² Amendement du Gouvernement présenté en première lecture à l'Assemblée nationale (n° 723).

³ Budget modificatif de la CNSA du 5 juillet 2016, annexe 8 PLFSS 2017.

⁴ Loi n° 2015-1786 du 29 décembre 2015 de finances rectificative pour 2015, article 70.

Ce fonds d'urgence fait suite au « fonds exceptionnel de soutien aux départements en difficulté » voté en loi de finances rectificative pour 2012¹, qui était doté de 170 millions d'euros et qui était également prélevé sur les fonds propres de la CNSA. Ce dernier faisait lui-même suite au « fonds de soutien aux départements en difficulté » instauré par la loi de finances rectificative pour 2010², abondé à hauteur de 75 millions d'euros par la CNSA.

Ainsi, loin de constituer une ponction occasionnelle, le prélèvement récurrent sur les réserves de la CNSA à destination des départements en difficulté suscite **une triple critique de votre rapporteur**.

1) Ce sont **285 millions d'euros qui, en six ans, ont été prélevés sur des crédits non pérennes** pour apporter une réponse financière fragile et instable à un problème structurel et régulier. L'État y a vu un expédient commode ainsi qu'un moyen discret de venir en aide aux départements sans réévaluer la DGF.

2) L'aide aux départements en difficulté vient certes en appui de dépenses destinées aux personnes âgées et personnes handicapées, via le financement de l'Apa et de la PCH, mais alimente également le financement du revenu de solidarité active (RSA), **ce qui ne rentre pas dans les missions de la CNSA**.

3) Ce fonds exceptionnel vient **compliquer un mécanisme interne aux finances de la CNSA, qu'il aurait été plus simple de redéfinir**. En effet, l'excédent des réserves s'explique en partie par le plafonnement de la participation de la CNSA au financement de l'Apa, qui reste pour une large part à la charge des départements. Ce fonds exceptionnel aurait très bien pu être remplacé par un déplafonnement de ce financement, ce qui aurait soulagé les départements sans aller à l'encontre des missions de la CNSA.

Le reste des reprises sur provisions - 35 millions en section IV et 25 millions en section II, pour un total de 60 millions d'euros - s'explique par un **dynamisme non anticipé des ressources propres alimentant ces sections**. En effet, la Casa et la fraction de prélèvement social sur le capital ont connu en 2016 un rendement supérieur à celui escompté en raison d'un élargissement de leur assiette (notamment l'augmentation du nombre de retraités). Le surcroît de ces ressources n'a pu être consommé en raison notamment du plafonnement prévu par décret³ de la participation de la CNSA à la revalorisation de l'Apa.

Le tableau ci-après synthétise les éléments exposés et retrouve à peu près les montants pronostiqués par la CNSA pour l'exercice 2016.

¹ Loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012, article 48.

² Loi n° 2010-1658 du 29 décembre 2010 de finances rectificative pour 2010, article 83.

³ Décret n° 2016-212 du 26 février 2016 relatif à certains concours versés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

**Tableau des flux de disponibilités de la CNSA
pour l'exercice 2016**

(en millions d'euros)

	Montant initial	Flux entrants bruts		Flux sortants bruts		Montant final
		Provision sur le plan d'aide à la modernisation et à l'investissement	160	Déficit 2016 (PAI inclus)	60	
		Provision sur le fonds de soutien aux départements en difficulté	50	Décaissement Anah	20	
		Provision sur le fonds de modernisation des Saad	25	Participation à la construction de l'OGD	160	
		Provisions sur la section IV	35	Gel et surgels ¹	80	
		Provisions sur la section II	25			
Totaux des flux	745		295		320	720
Différentiel final/initial sur l'exercice 2016						-25

Source : Commission des affaires sociales, à partir des données de l'annexe 8 du PLFSS 2017 et de l'audition par le rapporteur de la directrice générale de la CNSA

3. L'exercice 2017 : de nombreuses inconnues qui questionnent la viabilité du modèle à long terme

a) Une réforme comptable aux enjeux majeurs

L'article 20 du PLFSS² apporte une modification de nature comptable importante. La loi ASV a en effet apporté de nombreux correctifs aux articles L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du Casf, qui régissent les ressources propres de la CNSA et leur distribution entre les différentes sections du budget. Ces correctifs ont pour but de garantir aux sections II et IV, qui financent respectivement l'Apa et les actions innovantes en faveur des publics fragiles, des ressources incompressibles.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 propose de revenir partiellement sur cette répartition.

¹ Montant estimé à partir du montant initial de gels pour 2016 et de l'écart entre Ondam médico-social voté et réalisé pour 2016.

² Paragraphe III.

Jusqu'à présent, la loi prévoit que l'intégralité de la ressource issue du prélèvement social sur les revenus du capital abonde la section II, diminuée d'une fraction de ce prélèvement (comprise entre 5 % et 12 %) qui abonde la section IV. Le budget modificatif pour 2016 de la CNSA montre que 95 % de ce prélèvement est retracé dans les produits de la section II et 5 % dans les produits de la section IV.

L'article 20 du PLFSS 2017 redéfinit les ressources de la section II comme suit : il entérine la disparition de la fraction des droits de consommation sur les tabacs et conserve le fléchage des ressources des prélèvements sociaux sur le capital, **mais dans une fraction comprise entre 74 % et 82 %**¹. Par ailleurs, il doit être rappelé que la Casa, contrairement à l'exercice 2016, abondera la section II à raison de 70,5 % de son produit.

La fraction restante des prélèvements sociaux sera fléchée pour une fraction comprise entre **4 % et 10 % vers la section IV**. Le reliquat de la ressource, **compris entre 8 % et 22 % de son produit**, pourra être ventilé indifféremment entre toutes les sections du budget de la CNSA à la seule discrétion d'un arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget.

En faisant l'hypothèse d'une stabilité des assiettes des ressources propres de la CNSA pour 2017, le tableau suivant indique l'évolution des produits de la section II avec ce nouvel agencement, en distinguant le cas minimal (74 % des prélèvements sociaux) et le cas maximal (82 %).

Produits de la section II du budget de la CNSA

(en millions d'euros)

	2016	2017 (min)	2017 (max)
CSA	461	461	461
Droits de consommation sur les tabacs	45	0	0
Prélèvements sociaux sur le capital	1340	1278	1416
Casa	412	519	519
Total	2258	2258	2396

Source : Annexe 8 PLFSS 2017

La réforme proposée n'est donc pas de nature à menacer le niveau des produits de la section II. Dans l'hypothèse où la section II serait abondée selon la fourchette maximale de la ressource, le concours Apa de la CNSA s'en trouvera même augmenté, ce dont votre rapporteur se réjouit.

¹ Amendement du Gouvernement n° 906 (première lecture à l'Assemblée nationale).

b) Une redéfinition des recettes en cohérence partielle avec l'accroissement des missions

En plus de la CSA, de la Casa et d'une fraction des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, la CNSA a disposé jusqu'en 2016 d'une contribution sur les droits perçus sur les tabacs qui s'élève pour 2016 à environ **225 millions d'euros**¹. Pour l'exercice 2017, l'article 20 du PLFSS² prévoit de supprimer cette ressource et de **lui substituer une élévation de la fraction des prélèvements sociaux**. Ces prélèvements, qui frappent les revenus du capital à hauteur de 4,5 %, se répartissaient jusqu'alors entre le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la CNSA selon une clef 3,35 points-1,15 point. Le PLFSS 2017 propose d'élever la part de la CNSA à 1,38 point, **lui procurant ainsi un surcroît de ressources évalué à 316,5 millions d'euros**³.

Évolution des ressources propres de la CNSA en 2017

(hors CSA et Casa, en millions d'euros)

	2016	2017	Différence
Prélèvements sociaux sur le capital	1410,7	1727,2	316,5
Droits de consommation sur les tabacs	225		-225
Total	1635,7	1727,2	91,5

Source : Annexes 6 et 8 PLFSS 2017

Les ressources propres de la CNSA se trouveraient donc **rehaussées en 2017 en net de 91,5 millions d'euros**. Cette hausse des ressources propres a été conçue pour compenser en partie le transfert de l'État à la CNSA du financement des frais de fonctionnement des maisons départementales pour personnes handicapées (MDPH). Jusqu'à présent, le programme 157 « Handicap et dépendance » de la mission budgétaire « Solidarités, insertion et égalité des chances » finançait le fonctionnement des MDPH à hauteur d'environ **58 millions d'euros** en 2015 et 2016. Le projet de loi de finances pour 2017 prévoit le transfert de cette charge du budget de l'État vers celui de la CNSA afin d'unifier la partie nationale du financement des MDPH autour d'un acteur unique. Si la mesure suscite l'approbation de votre rapporteur, **il n'en regrette pas moins l'opacité dans laquelle cette dernière s'est décidée**.

¹ Annexe 8 PLFSS 2017.

² 9° du I.

³ Annexe 6 PLFSS 2017.

Votre rapporteur regrette que le transfert de cette mission ne se soit pas fait au moyen de ressources nouvelles, mais au prix d'un réaménagement complexe dont le FSV se trouve *in fine* le perdant. Ce réagencement semble servir un **objectif manifestement politique**, puisqu'il baisse – artificiellement – les dépenses de l'État sans directement augmenter celles du régime général de la sécurité sociale, puisque le solde du FSV fait l'objet d'une présentation à part.

Le surcroît de financement des MDPH, qui faisait l'objet d'une action spécifique et identifiée au sein du budget de l'État, se retrouvera retracé dans la section III du budget de la CNSA, pour un montant qui devrait se stabiliser à 68 millions d'euros (les 58 millions d'euros du budget de l'État augmentés des 10 millions du fonds de concours que la CNSA lui versait chaque année). Soustrait des 91,5 millions, il devrait donc donner lieu à **une élévation nette des ressources propres de la CNSA de 23,5 millions d'euros pour 2017.**

c) L'épuisement des réserves à l'horizon des prochains exercices

L'exercice 2017 sera surtout l'occasion d'éprouver la soutenabilité du modèle financier de la CNSA, par la comparaison du montant estimé de ses réserves à venir et des décaissements que l'on peut déjà prévoir sur le prochain exercice. Ces derniers comportent :

- **230 millions d'euros de contribution à la construction de l'OGD** pour 2017, sans anticipation des gels et surgels,
- **235 millions d'euros de produits provisionnés en 2016**, dont l'essentiel sera consommé en 2017,
- auxquels viennent s'ajouter **50 millions d'euros supplémentaires au titre du fonds d'appui à la modernisation des Saad**, suite à l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement du Gouvernement au PLFSS¹,
- ainsi que **50 millions d'euros au titre du financement d'un « fonds d'appui aux politiques d'insertion au bénéfice des départements »**, prévu par l'article 50 du PLF pour 2017,
- **120 millions d'euros au titre du PAI 2017**, qui se composent du montant de 100 millions d'euros prévu par la loi ASV et de 20 millions d'euros au titre de la première tranche de l'abondement exceptionnel de 60 millions annoncé par le président de la République à la Conférence nationale du handicap (quatre autres tranches annuelles de 10 millions d'euros sont prévues),
- **25 millions d'euros au titre d'autres annonces faites à la CNH**².

¹ Amendement n° 724 rectifié devenu le paragraphe IX bis de l'article 20 du PLFSS.

² 15 millions d'euros pour la modernisation des systèmes d'information des MDPH et 8 millions d'euros pour l'accompagnement dans la « réponse accompagnée pour tous ».

On obtient ainsi un premier montant minimal de décaissements pour l'exercice 2017 de **710 millions d'euros**. En faisant l'hypothèse (optimiste) d'un budget de la CNSA à l'équilibre pour 2017, et en tenant compte du surcroît de ressources propres de 23,5 millions lié au nouveau taux des prélèvements sociaux sur le capital, on peut anticiper un **montant de réserves à la fin de l'exercice 2017 de 28,5 millions d'euros (soit une baisse de 96 % par rapport à l'exercice 2016)**.

Sous ces mêmes hypothèses, en comptant comme unique flux de décaissement des réserves l'abondement du PAI (qui doit encore s'élever à 110 millions d'euros en 2018) et en ôtant au Gouvernement toute possibilité de recourir aux réserves pour abonder l'OGD, il est possible de dresser le tableau prévisionnel des flux de disponibilités pour les deux exercices prochains.

Tableau prévisionnel des disponibilités de la CNSA en 2017 et 2018

(en millions d'euros)

	Montant initial	Flux entrants bruts	Flux sortants bruts	Montant final
2017 (p)	715	23,5	710	28,5
2018 (p)	28,5	30 (p)	110	-51,5 (p)

Source : Commission des affaires sociales

Les conclusions de ce tableau, construit bien sûr avec un degré élevé d'inconnu, augurent néanmoins d'un **épuisement intégral des réserves à la fin de l'exercice 2018**.

d) La menace sur la mission d'investissement de la CNSA

Votre rapporteur entrevoit deux principaux dangers quant à la baisse du niveau des réserves de la CNSA.

Le premier concerne la construction de l'OGD. Compte tenu de la diminution drastique des réserves anticipée dès la fin 2017, il ne sera plus possible d'y recourir pour abonder l'OGD dans des proportions comparables à celles de ces dernières années. **Il en résultera donc une tension directe sur l'Ondam médico-social, dont les gels et surgels seront beaucoup moins facilement compensables**. Votre rapporteur formule à cet égard de réelles inquiétudes pour les OGD à partir de 2018, sur lesquels pèse une inconnue financière de très grande importance.

Le second concerne la mission d'appui de la CNSA à l'investissement. Si l'on excepte les mesures ponctuelles, les reprises sur déficit et les participations à la construction de l'OGD, **le principal emploi actuel des réserves est constitué par le PAI**. C'est de plus le seul emploi des réserves qui paraît cohérent et justifié. C'est pourtant celui qui paraît le plus directement menacé par leur épuisement.

La loi ASV n'a prévu de montant minimal du PAI que pour les exercices 2016, 2017 et 2018 mais il paraît difficilement soutenable d'interrompre l'effort d'investissement après cette échéance, surtout en raison de la prorogation de la plupart des grands plans de créations de places à 2020. **Or, après 2018, il apparaît presque impossible, en l'état actuel des ressources de la CNSA, de poursuivre le financement de l'investissement dans les mêmes proportions.** Il sera alors urgent de trouver à la CNSA un surcroît (pérenne cette fois) de ressources propres.

II. LE SECTEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES : DES ÉTABLISSEMENTS DANS L'INCERTITUDE

A. UN BILAN MITIGÉ DES PLANS DE CRÉATIONS DE PLACES : UN TAUX D'INSTALLATION VARIABLE SELON LES PUBLICS

Le processus de créations de place obéit au schéma suivant : après la définition d'un plan national, la CNSA est chargée de son pilotage et de son financement, par ventilation entre les différentes ARS des crédits de l'OGD. La **notification** des enveloppes budgétaires par la CNSA aux ARS a lieu le 15 février de chaque exercice, laissant au directeur général de l'ARS le reste de l'année pour lancer l'appel à projet puis **autoriser** la création de places à l'issue de la procédure. L'ouverture de la structure ou du service peut ensuite prendre de **une à cinq années**.

Les lenteurs liées à la procédure de l'appel à projet ainsi qu'aux recours contentieux portés par les candidats malheureux sont les principaux facteurs de ralentissement. La CNSA a de plus indiqué que les délais de mise en œuvre concernaient principalement les établissements pour adultes lourdement handicapés qui additionnent délais d'obtention des financements et délais de construction, et secondairement, le déploiement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), dont l'appropriation par les gestionnaires locaux est encore à accomplir.

Les financements mobilisés pour l'offre à destination des personnes handicapées sont actuellement dédiés à la mise en œuvre de trois plans nationaux : le **programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées (2008-2012)**, dont la mise en œuvre a été étendue jusqu'à fin 2018, le **troisième plan autisme (2013-2017)** et le **deuxième schéma national pour les handicaps rares (2014-2018)**. Le suivi opéré par la CNSA a pour objectif de maximiser le taux d'installation des places autorisées.

**Bilan des créations de places au 31 décembre 2015
et prévision pour 2016-2019**

		2008-2015				2016-2019 (prévision)
		Places notifiées	Places autorisées	Places installées	Ratio places installées/autorisées	Places installées
Enfants	Établiss.	5 494	5 898	5 346	97 %	1 777
	Services	9 464	8 893	8 504	90 %	2 214
Adultes	Établiss.	17 618	14 401	12 074	69 %	4 838
	Services	11 330	7 387	6 869	61 %	1 995
Total		43 906	36 580	32 793	75 %	10 824

Source : CNSA, juin 2016

Plusieurs enseignements sont à tirer du tableau ci-dessus, tiré de données du bilan annuel des plans nationaux présenté au Conseil de la CNSA en juin 2016. Le manque de places déploré par de nombreux représentants d'associations n'est pas seulement dû à l'ambition mesurée des plans ou à la mise en réserves de l'Ondam médico-social¹, mais pour une large part à **la sous-consommation des crédits notifiés par la CNSA aux ARS.**

Ce phénomène s'observe particulièrement pour les adultes, où le taux d'installation effective de places se maintient, malgré les efforts de la CNSA, à un niveau d'une faiblesse préoccupante. Deux explications sont avancées : les délais liés à la procédure d'appel à projet et les volumes importants de crédits notifiés relatifs au plan autisme qui n'ont pas pu encore être tous absorbés.

**B. LES ENGAGEMENTS PRIS À LA CONFÉRENCE NATIONALE DU
HANDICAP**

La séance conclusive de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 19 mai 2016 a relevé **quatre grandes séries d'engagements** prononcés par le Président de la République dans le domaine de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées.

¹ La Cour des comptes observe, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (septembre 2016), un écart négatif de près de 198 millions d'euros en 2015 de l'Ondam médico-social par rapport à l'objectif initial, qui aurait fait baissé de 100 millions d'euros les dotations destinées aux créations de places (p. 95).

1. Vers une généralisation de la « réponse accompagnée pour tous »

En premier lieu, **la mise en œuvre d'une stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale** (sur la période 2017-2021) en cohérence avec les principes dégagés par la méthode « réponse accompagnée pour tous », qui tentent de renverser le paradigme de la prise en charge des personnes handicapées en construisant un parcours à partir de leurs besoins et non des disponibilités constatées de l'offre. **Une enveloppe de 180 millions a été annoncée pour la création de places et de solutions nouvelles.** Votre rapporteur remarque que le montant moyen annuel de cette dotation (36 millions d'euros) est sensiblement inférieur à la dotation prévue cette année au PLFSS pour les créations de places dans le secteur (85 millions d'euros). Le véritable changement que suppose la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous » semble appeler des moyens considérablement plus élevés.

En deuxième lieu, il a été décidé un **abondement exceptionnel du PAI à hauteur de 60 millions d'euros sur cinq ans**, soit 12 millions d'euros par an. La mesure s'inscrit dans la dynamique enclenchée en 2016 avec l'abondement de 10 millions d'euros du montant initial de 100 millions d'euros. Votre rapporteur y est tout à fait favorable, même s'il pense qu'il faudra être extrêmement attentif à **la coordination de cet engagement avec le précédent, afin d'éviter tout saupoudrage ou doublon.** De même, il renouvelle son souhait de voir confirmer la destination du PAI tant à la construction de structures nouvelles qu'à la rénovation de structures existantes.

En troisième lieu, **l'orientation des personnes handicapées** fait l'objet de deux mesures particulières. 15 millions d'euros sont prévus sur la période 2017-2021 pour la modernisation du système d'information des MDPH, ce que votre rapporteur approuve vivement. En revanche, 8 millions d'euros sont réservés aux MDPH qui s'engageront dans la « réponse accompagnée pour tous », méthode dont la généralisation à l'ensemble du territoire est prévue pour le 1^{er} janvier 2017. Ce qui reviendra à distribuer sur cinq ans 8 millions d'euros à la centaine de MDPH que compte le territoire national : **le saupoudrage est patent et la mesure relève uniquement de l'effet d'annonce.**

2. Vers un quatrième plan autisme

En quatrième lieu, **l'élaboration d'un quatrième plan autisme** qui visera notamment à renforcer l'égalité d'accès des enfants à des diagnostics précoces et de qualité, à mieux garantir les bonnes pratiques de prise en charge définies par la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux (Anesm) et à accroître l'offre destinée aux adultes.

Votre rapporteur accueille favorablement cette annonce, bien qu'elle arrive étrangement avant l'achèvement du troisième plan autisme. Il se montre également soulagé à l'idée que les recommandations de la HAS et de l'Anesm fassent l'objet d'une diffusion et d'une application rigoureuses, mais souligne que les **recommandations relatives à la prise en charge de l'adulte autiste accusent un important retard de publication**.

De façon plus générale, votre rapporteur se fait le relais des travaux du professeur Vincent des Portes, à l'origine de la notion englobante de « **troubles du neuro-développement** », regroupant l'autisme, les « troubles dys » et certaines formes de polyhandicap, sans segmentation de ces publics. Ce regroupement, en plus de permettre des rapprochements scientifiques féconds¹, éviterait sûrement la marginalisation de certains profils n'ayant pas été diagnostiqués comme « autistes ». Votre rapporteur plaide, sous réserve des avancées de cette recherche, pour que le prochain plan autisme soit construit dans cette démarche inclusive.

C. UN DIALOGUE DE GESTION QUI RESTE ENCORE À DÉFINIR

Le PLFSS pour 2017, outre la fixation du montant de l'Ondam médico-social consacré au secteur, contient moins de dispositions relatives aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées. Les principales modifications apportées au champ du handicap² concernent les relations financières entre l'autorité de tarification et les établissements et disposent qu'une « *modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité* » définis dans le contrat de gestion peut intervenir³.

¹ Le curriculum vitae du Pr. des Portes mentionne comme objectif principal de la démarche le décryptage « des réseaux neuronaux et des processus cognitifs impliqués dans certaines déficiences mentales d'origine génétique ». Il est aussi spécifié que cette démarche « devrait ouvrir de nouvelles pistes de traitement pharmacologique pour atténuer les troubles du comportement et améliorer les facultés cognitives des patients ».

² Article 46, I, 4°.

³ Voir le commentaire de l'article 46 au tome VII (Examen des articles).

Cette évolution du dialogue de gestion s'inscrit dans la **généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** (Cpom) contenue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016¹. Votre rapporteur, bien qu'il ait très favorablement accueilli cette réforme, souhaite mettre en garde contre les risques qu'une uniformisation des rythmes de réforme entre les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées peut comporter.

En effet, dans le secteur des personnes âgées, il n'est pas dommageable que la généralisation des Cpom s'accompagne de conditions de modulation des tarifs d'activité (sous réserve de délai qui seront mentionnés *infra*), en raison d'une réforme tarifaire aux contours désormais précisés. Le Parlement ayant **défini et sécurisé dans la loi ASV les modalités de la nouvelle dotation des établissements accueillant des personnes âgées**, il ne paraît pas prématuré de modifier les conditions de contractualisation.

Le « calendrier » est en revanche inversé dans le secteur du **handicap**. La généralisation des Cpom a été votée et précisée avant même que la réforme tarifaire, qui est en cours d'élaboration, n'ait été finalisée. Cette dernière, connue sous le nom de **projet « services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées » (Serafin PH)**, porte l'ambition de moduler chaque dotation d'établissement en fonction d'une approche très fine des besoins exprimés par la personne prise en charge. De très grande ampleur et nécessitant un travail de définition et de concertation moins uniforme que dans le secteur des personnes âgées (en raison de la diversité des handicaps), sa mise en œuvre prendra encore quelques années.

Il semble donc à votre rapporteur que la possibilité de modulation des tarifs en fonction du taux d'activité est une **latitude à laisser à l'autorité tarifaire une fois les établissements instruits de la nouvelle tarification**, et non avant.

¹ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, article 75.

III. LE SECTEUR DES PERSONNES ÂGÉES : DES POLITIQUES NATIONALES EN PROGRÈS, DES POLITIQUES LOCALES EN RETARD

A. UN BILAN HONORABLE DES PLANS DE CRÉATIONS DE PLACES

Trois plans gouvernementaux ont été déployés afin de permettre le développement d'une offre adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes sur l'ensemble du territoire français : le **plan solidarité grand âge ou PSGA (2007-2012)**, dont l'application entière a été reportée à 2020, le **plan Alzheimer (2008-2012)** et le **plan maladies neuro-dégénératives (2014-2019)**.

1. Un bilan satisfaisant du plan solidarité grand âge malgré un détournement de sa philosophie d'origine

Le PSGA avait prévu la création de 37 500 places en Ehpad, 36 000 places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), 6 100 places d'hébergement temporaire (HT) et 10 900 places d'accueil de jour (AJ). La philosophie générale du plan tient à **préserver le plus longtemps possible la liberté de choix de prise en charge de la personne**. Ainsi, le maintien à domicile représentait 59 % des créations prévues (40 % pour les Ssiad et 19 % pour les formules de répit), sur un total de 90 500 places. Le montant total des crédits dégagés pour ce plan s'élève à **2,3 milliards d'euros**.

L'intégralité des crédits du PSGA a été notifiée aux ARS depuis 2012 et correspond à **94 % du nombre de places prévues initialement par le PSGA**, soit 85 622 places notifiées. Cet écart entre le nombre de places inscrites au PSGA et celui notifié aux ARS s'explique par l'utilisation pour les plateformes d'accompagnement et de répit d'une partie des crédits initialement prévus pour le développement des AJ/HT et l'augmentation du coût à la place d'Ehpad dans les notifications.

**Bilan des créations de places (PSGA) au 31 décembre 2015
et prévision pour 2016-2020**

	Places initialement prévues	2008-2015				2016-2020 (prévision)
		Places notifiées	Places autorisées	Places installées	Ratio places installées/autorisées	Places installées
Ehpad	37 500	44 338	43 105	35 015	81,2 %	9 974
Ssiad	36 000	24 135	23 540	23 373	99,3 %	999
HT	6 100	6 471	4 713	4 027	85,4 %	1 082
AJ	10 900	10 679	7 770	6 653	85,6 %	1 959
Total	90 500	85 623	79 128	69 068	87,3 %	14 014

Source : CNSA (juin 2016) et questionnaires parlementaires 2017

Les taux d'installation de places montrent des niveaux satisfaisants et homogènes selon le type de prise en charge. Votre rapporteur regrette seulement que l'objectif initial du PSGA, à savoir favoriser le maintien à domicile, ait été détourné au profit d'une **sur-installation de places en Ehpad au détriment des services de soins infirmiers à domicile**, tendance que les prévisions pour 2016-2020 semblent confirmer. Votre rapporteur y voit un indice supplémentaire de **l'effort particulier et encore trop timide qui doit être fait en direction du financement du service à domicile**, dont les difficultés sont réellement sous-estimées. Il se permet à cette occasion de réitérer l'avertissement formulé *supra* relatif aux crédits de la section IV du budget de la CNSA.

Ce « tournant vers l'Ehpad » du PSGA est d'autant plus dommageable qu'il s'agit du mode de prise en charge connaissant le plus grand retard dans l'installation des places, en raison des élévations de coût non anticipées. La réforme tarifaire du secteur¹ devrait normalement participer à la meilleure visibilité des gestionnaires.

¹ Voir le commentaire de l'article 46 du PLFSS 2017 au tome VII (Examen des articles).

2. Les réussites du plan Alzheimer et du plan maladies neuro-dégénératives

Le 3^e plan Alzheimer 2008-2012 avait pour objectif de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants. Pour cela, il prévoyait des objectifs ambitieux en matière de développement de l'offre dans les établissements et services prenant en charge ce type de public : création de 25 000 places supplémentaires de pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) et de 5 000 places en unités d'hébergement renforcé (UHR) en Ehpad, de 500 équipes spécialisées Alzheimer (Esa) en Ssiad et de 150 plateformes de répit (PFR).

Par ailleurs, l'année 2015 a été marquée par le lancement du nouveau plan maladies neuro-dégénératives pour la période 2014-2019. Les orientations et mesures de ce nouveau plan qui s'inscrivent dans la stratégie nationale de santé et la stratégie nationale de recherche, prévoient 68 millions d'euros de mesures nouvelles, se déclinant sur 5 ans, dont 28 millions pour la création de Maia et 40 millions de crédits le financement de Pasa, d'UHR et de PFR supplémentaires.

Bilan des créations de places (plans Alzheimer et maladies neuro-dégénératives) au 31 décembre 2015 et prévision pour 2016-2020

	Places initialement prévues	2008-2015				2016-2020 (prévision)
		Places notifiées	Places autorisées	Places installées	Ratio places installées/autorisées	Places installées
Esa	5 000	5 000	4 864	4 854	99,8 %	701
Pasa	25 000	25 000	21 949	19 127	87,1 %	5 299
UHR	1 660	1 660	1 658	1 544	93,1 %	986
Total	31 660	31 660	28 471	25 525	89,7 %	6 986
PFR	150	150	155	154	99,4 %	68

Source : CNSA (juin 2016) et questionnaires parlementaires 2017

Les chiffres montrent un taux de réalisation très satisfaisant des plans Alzheimer et maladies neuro-dégénératives. Votre rapporteur rappelle toutefois que la majeure partie des financements abondant les structures visées par ces plans ne sont pas compris dans la dotation globale établie par l'équation tarifaire applicable aux Ehpad, mais **dépendent de financements complémentaires consentis aux Ehpad par les ARS, selon des modalités qui sont définies à l'article 46 du PLFSS**. Afin de maintenir cet effort, il convient de sécuriser ces sources de financement¹.

¹ Voir le commentaire de l'article 46 du PLFSS (tome VII) et les propositions d'amendements de votre rapporteur.

B. UNE RÉFORME TARIFAIRE DES EHPAD À LA MONTÉE EN CHARGE PROBLÉMATIQUE

1. Vers une dotation globale sur sept ans

La réforme tarifaire des Ehpads fait suite à la mise en œuvre de la loi ASV¹. Elle est prévue pour être applicable dès le 1^{er} janvier 2017. La forfaitisation des Ehpads se composera désormais de trois éléments.

Le **forfait soins** sera défini par application d'une équation tarifaire, fondée sur le GMPS (qui intégrera le Gir moyen pondéré et le Pathos moyen pondéré). Cette équation donnera pour chaque établissement le montant de sa dotation soins. Les estimations montrent que 85 % des Ehpads sont actuellement en deçà de cette dotation-cible. Afin de les aider à y parvenir de façon transitoire, il sera procédé au calcul de la différence entre la dotation-cible et la dotation actuelle de chaque Ehpads, et 1/7^e de cette différence sera versée chaque année aux Ehpads par les ARS. Ainsi, tous les Ehpads devraient avoir atteint leur dotation soin cible d'ici 2023. On rappelle que la valeur du point Gir est déterminée au niveau national et que la décision de tarification relève de l'ARS. A ce forfait soins, pourront s'ajouter des financements complémentaires également financés par l'ARS, pour les prises en charge complexes (Pasa, UHR).

Le **forfait dépendance** continuera de dépendre de la valeur du point Gir départemental, dont la valeur moyenne tourne autour de 6 euros. Le forfait dépendance s'obtient par la multiplication de ce chiffre par le nombre de résidents accueillis.

Le **forfait hébergement** ne fait l'objet d'aucun changement.

2. Des modalités qui posent problème

a) Des délais trop contraints

Votre rapporteur ne peut que faire part de sa très grande inquiétude quant aux délais de mise en œuvre. Il estime que **les services tarificateurs des Ehpads (à plus forte raison les services des conseils départementaux) sont insuffisamment préparés** à l'entrée en vigueur de la réforme tarifaire pour le 1^{er} janvier prochain. Votre rapporteur, conscient que la fraction de l'OGD spécifiquement fléchée pour 2017 sur l'accompagnement de cette réforme (185 millions d'euros) rend son report contre-productif, se montrera néanmoins particulièrement attentif à l'usage de ces crédits sur le terrain.

¹ Décret n° 2015-1873 du 30 décembre 2015 définissant le taux maximal d'évolution annuelle des prix des prestations relatives à l'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées.

De plus, le Gouvernement souhaite introduire une possibilité de minoration de la dotation en cas de taux d'occupation de l'Ehpad inférieur à 95 %. Même s'il est favorable aux mesures visant à maximiser les taux d'occupation des établissements médico-sociaux, votre rapporteur préconise d'attendre la pleine application de la réforme tarifaire avant d'instaurer la possibilité d'une modulation pour défaut d'activité, **afin d'éviter les effets dommageables d'une double minoration de la dotation.**

b) Des chiffrages à préciser

On peut également s'interroger sur la répartition indiquée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) entre les Ehpad qui se verront mieux dotés qu'à l'heure actuelle après l'application de la réforme (qui seraient en proportion de 85 %) et les Ehpad qui verraient leur dotation baisser après la réforme (15 %). On manque d'éléments et de visibilité sur la compensation qu'apporteront les économies faites sur les 15 % de « moins-bien dotés » pour financer les suppléments induits par les 85 % de « mieux dotés ».

Votre rapporteur s'interroge sur l'impact global de la réforme tarifaire, dont **il doute qu'elle soit à terme financièrement neutre.** L'OGD spécifique aux personnes âgées s'élève à environ 9 850 millions d'euros en 2016 et le seul montant de 185 millions d'euros censé assurer l'accompagnement de la réforme ne représente que 1,9 % de son montant.

C. L'ARTICULATION NÉCESSAIRE DE LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DANS LES TERRITOIRES¹

1. Une sollicitation des acteurs sanitaires et médico-sociaux

La politique de prévention de la perte d'autonomie est aujourd'hui confrontée au défi majeur de la coordination d'acteurs aux compétences auparavant distinctes. Un peu sur le modèle de ce qui s'entreprind dans le secteur du handicap avec la « réponse accompagnée pour tous », la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées appelle une **réponse globalisée autour de la personne** et non une réponse paramétrée en fonction des acteurs existants.

L'exercice est d'autant plus difficile que **l'objectif global des politiques de l'autonomie des personnes âgées semble en contradiction avec leurs moyens de prédilection.** Alors qu'un consensus se dessine autour du maintien à domicile, le plus longtemps possible et dans tous les cas où il est possible, qui appelle la mobilisation quotidienne du secteur social et médico-social, les risques liés au vieillissement conservent au sanitaire (par le biais du médecin traitant) une importance prépondérante.

¹ Cour des comptes, Rapport public thématique, « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », juillet 2016.

Une réponse globalisée appelle donc la collaboration active des deux sphères d'intervention, d'autant plus que les ruptures de parcours peuvent être fréquentes.

En effet, le **succès mitigé de l'hospitalisation à domicile**¹, réforme dont votre rapporteur est convaincu qu'elle est une des meilleures solutions aux problèmes liés à la perte d'autonomie, montre l'échec des pouvoirs publics à concentrer la prise en charge hors du milieu hospitalier et complique le travail commun des différents secteurs.

2. La nécessité d'une coordination

a) Des cloisonnements dommageables à la personne

Votre rapporteur déplore que la logique générale de la prévention de la perte d'autonomie soit excessivement verticale et ne montre aucune porosité entre secteurs. Le souci exprimé par différents acteurs de mieux coordonner leurs actions a connu des réponses réelles, mais à chaque fois limitées aux frontières du secteur. Ainsi, de nombreux efforts ont été fournis pour fluidifier le parcours de la personne âgée en amont et en aval de l'hospitalisation, dont le plus emblématique est le programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (Prado), mis en place par l'assurance maladie et qui organise l'intervention de professionnels de santé libéraux – souvent un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) – à partir du retour à domicile. Orchestré par le médecin traitant, **le parcours pré et post-hospitalier reste centré sur les acteurs sanitaires.**

Symétriquement, une prise en charge déclenchée par des facteurs non médicaux, par une sollicitation des services communaux d'action sociale ou des services départementaux, entraîne l'élaboration d'un plan d'aide par les équipes médico-sociales du département et le versement conditionné de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Or, ces plans d'aide ne recouvrent dans la plupart des cas que des services d'aide à domicile (Saad) fournisseurs d'aides essentiellement techniques (portage de plat, aide-ménagère, aide à la toilette...) et **intègrent rarement des prestations nécessitant une prescription médicale.**

b) Les deux axes du dialogue entre secteurs

À ce stade de la réflexion, il apparaît que tout dispositif visant à améliorer la fluidité et la communication entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social doit reposer sur deux piliers fondamentaux que sont le **partage des systèmes d'information** et la **formation**².

¹ Cour des comptes, « L'hospitalisation à domicile, Évolutions récentes », décembre 2015.

² École des hautes études en santé publique, « L'expérimentation Paerpa : accompagner les personnes âgées en risque de perte d'autonomie par la structuration d'un parcours coordonné de santé », 2015.

En matière de prévention de la perte d'autonomie, les systèmes d'information partagés ont été récemment identifiés comme le principal levier de gains d'efficacité de parcours dans la prise en charge. L'opérateur clef de ce chantier est l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip-Santé), qui a déjà mis en œuvre plusieurs outils dont l'usage est insuffisamment répandu comme les messageries sécurisées entre intervenants et le dossier médical partagé (DMP). De plus, en raison du rôle coordinateur du médecin traitant, il convient d'être particulièrement attentif à ce que **les professionnels du secteur sanitaire n'accaparent pas l'usage de ces outils** et n'en excluent les professionnels du secteur médico-social, pour qui la tentation serait alors grande de construire des solutions parallèles et redondantes.

La formation est l'autre outil essentiel de la coordination, en ce qu'elle permet de créer une culture commune de la prise en charge coordonnée de la personne âgée. De très nombreuses formations sont ainsi ouvertes aux professionnels de la santé, par le biais du **développement professionnel continu (DPC)**, devenu obligation individuelle triennale depuis la loi HPST, et qui portent pour partie sur la prise en charge de la perte d'autonomie. Essentiellement portées par des associations spécialistes, ces formations ciblées sur les personnes âgées sont au nombre de 350 sur l'ensemble du territoire¹.

3. Le problème de l'échelon territorial pertinent

a) Des compétences partagées

Malgré les clarifications apportées par la loi ASV, et outre la persistance des clivages socio-culturels entre secteurs, votre rapporteur est convaincu que les difficultés de coordination proviennent d'un **brouillage autour de l'échelon territorial compétent** et, partant, du financeur de ces dispositifs. L'interlocuteur et le financeur principal en matière sanitaire reste, surtout depuis la loi HPST, l'agence régionale de santé (ARS), alors que les personnes confrontées à la perte d'autonomie (personnes âgées ou aidants) considèrent davantage la commune ou le département comme leur interlocuteur privilégié.

¹ Estimation donnée par le répertoire de formations de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC).

Le législateur a, à ce titre, entretenu l'ambiguïté dans la répartition des compétences, essentiellement par souci de concilier l'homogénéité de la couverture des territoires et le maintien des services de proximité. Ainsi, si la mise en œuvre de la politique de santé relève principalement de l'échelon régional (notamment à travers l'élaboration des schémas de l'offre sanitaire et médico-sociale), l'article L. 121-6-1 du Casf **donne aux communes un rôle de recueil et de transmission des informations** relatives aux publics en perte d'autonomie et l'article L. 113-2 issu de la nouvelle rédaction de la loi ASV **donne aux départements un rôle de coordination de l'action sociale et médico-sociale** notamment gérontologique, avec une possibilité de conventionner avec les ARS.

Ces principes reçoivent une application très variable selon les territoires et les coordinations entre échelons sont rarement harmonieuses. Ainsi, le rôle informationnel des communes, essentiellement rempli par les centres communaux d'action sociale (CCAS), ne peut être effectif qu'en cas de partenariat avec le département. De même, le département ne peut assurer son rôle de coordination qu'à l'aide d'un réseau équilibré de structures dédiées, les **centres locaux d'information et de coordination (Clic)**.

Les trois niveaux de label des Clic

En vertu de l'article L. 312-1 du Casf, les Clic sont des « établissements ou services [...] mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers », à destination des personnes âgées dans le cadre départemental.

Leurs missions dépendent de leur niveau de labellisation. Le **niveau 1** habilite à l'accueil, à l'écoute et au soutien des familles. Le **niveau 2** habilite à l'évaluation des besoins de la personne âgée et à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Enfin, le **niveau 3** habilite à la mise en œuvre de ces plans, notamment en organisant des interventions de Saad ou de Ssiad.

On note ainsi que **les Clic de niveau 3 peuvent constituer un acteur intéressant du décroisement entre secteurs.**

b) Le choix du département à consolider

La loi ASV a apporté quelques clarifications quant à l'échelon territorial chef de file en matière de prévention de la perte d'autonomie, en l'occurrence **le département**, sans pour autant dissiper toutes les obscurités en la matière.

Le droit à l'information des personnes âgées a vu ses acteurs définis par l'introduction de l'article L. 113-1-2 du Casf – ce sont la CNSA, mais surtout les départements et les Clic. Les modifications importantes apportées à l'article L. 113-2 confèrent au département le rôle de mise en œuvre et de coordination des acteurs sociaux et médico-sociaux, mais **conditionnent son intervention dans le secteur sanitaire** à la signature de « *conventions avec l'ARS, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées* ». Or, la nouvelle architecture régionale, avec la réduction du nombre d'ARS, change considérablement le rapport de force entre régions et départements et risque de réduire, en raison d'un déséquilibre croissant, le nombre de ces « conventions ».

Confirmant cette atténuation, l'article L. 113-3, qui évoque les « *professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire* » tenus de « *[coordonner] leurs activités en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* », ne fait **aucune mention d'un échelon territorial compétent et laisse donc cette coordination souhaitable sans contrôle, donc sans effectivité.**

Ainsi, le primat des départements en matière de prévention de la perte d'autonomie, qui n'est affirmée que pour la part médico-sociale de la prise en charge, se trouve singulièrement fragilisé par cette absence de tutelle exercée sur la coordination du secteur sanitaire et du secteur médico-social. La construction d'un parcours globalisé autour de la personne âgée est par conséquent mise en difficulté. La CNSA et l'Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (Ancreai) ont collaboré à la promotion de la notion de « **diagnostic territorial partagé** » entre ARS et conseils départementaux et ont produit à cet égard **un guide¹ dont votre rapporteur encourage vivement la diffusion.**

Votre rapporteur regrette d'autant plus le maintien de cette ambiguïté que la loi ASV a permis l'introduction d'une instance originale et fort utile (pour peu que des moyens lui soient donnés), la **conférence des financeurs** créée par l'article L. 233-1. En définissant un « *programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention* », cette conférence des financeurs devrait être, dans l'esprit du législateur, *de facto* compétente en matière sanitaire et médico-sociale.

¹ CNSA et Ancreai, *Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé*, avril 2016.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa)**
 - Florence Arnaiz-Maumé**, déléguée générale
 - Éric Fregona**, responsable pôle médico-social
 - Jean-André Martini**, conseiller communication et affaires publiques
- **Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei)**
 - Christel Prado**, présidente
 - Isabelle Chandeler**, directrice du pôle action nationale et internationale
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)**
 - Ronald Maire**, conseiller technique Organisation territoriale – Politiques sanitaires et sociales
 - Caroline Selva**, conseillère technique Autonomie et citoyenneté des personnes âgées et personnes handicapées
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**
 - Jean-Philippe Vinquant**, directeur général
 - Dominique Renard**, adjointe à la sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
 - Olivier Bachellery**, adjoint à la sous-directrice des affaires financières et de la modernisation
 - Boris Minot**, chef de bureau "gouvernance du secteur social et médico-social"
- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
 - Annie Lelièvre**, responsable du pôle autonomie
 - Cédric Arcos**, délégué général adjoint

- **Association nationale des Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (Ancreai)**
 - Françoise Jan**, présidente de l'Ancreai et directrice du Creai Pays-de-la-Loire
 - Annie Cadenel**, déléguée nationale de l'Ancreai
 - Jean-Yves Barreyre**, secrétaire général de l'Ancreai et directeur du Creai Ile-de-France
 - Thierry Dimbour**, directeur du Creai Aquitaine
 - Thibault Marmont**, directeur du Creai Grand-Est
 - Marc de Montalembert**, directeur du Creai Ile-de-France
 - Joël Noël**, directeur du Creai Hauts-de-France
- **Université d'Angers**
 - Hervé Rihal**, professeur de droit public
 - Agathe Vitour**, doctorante
- **Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (Fegapei)**
 - Muriel Vidalenc**, directrice générale
 - Marie Aboussa**, directrice « services aux adhérents »
 - Dominique Lallemand**, responsable des relations institutionnelles
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap)**
 - Yves-Jean Dupuis**, directeur général
 - Adeline Leberche**, directrice du secteur social et médico-social
- **Assemblée des départements de France (ADF)**
 - Marie-Louise Kuntz**, vice-présidente du conseil départemental de Moselle
 - Jean-Michel Rapinat**, directeur des politiques sociales
 - Marylène Jouvien**, responsable des relations avec le Parlement
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**
 - Geneviève Gueydan**, directrice générale
 - Xavier Dupont**, directeur des établissements et des services médico-sociaux
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**
 - Lamine Gharbi**, président
 - Béatrice Noellec**, responsable des relations institutionnelles