

N° 90

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2009

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2010, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par Mme Sylvie DESMARESCAUX,
Sénateur.

Tome III :
Médico-social

(1) Cette commission est composée de : Mme Muguette Dini, *présidente* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; MM. Nicolas About, François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; M. Alain Vasselle, *rapporteur général* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Adrien Giraud, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gérita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, François Vendasi, René Vestri, André Villiers.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 1976, 1994, 1995 et T.A. 358

Sénat : 82, 83 et 91 (2009-2010)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. LES AMBITIONS CHIFFREES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 POUR LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL : ENTRE SATISFACTION ET INQUIETUDE	9
A. UN ENGAGEMENT SOUTENU EN FAVEUR DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL	9
1. <i>Le plan de relance de l'économie au service du secteur médico-social</i>	9
2. <i>Un Ondam médico-social en progression de 5,8 % en 2010</i>	11
3. <i>Un effort financier portant sur la mise en œuvre des plans Solidarité-Grand Age, Alzheimer et Handicap</i>	12
B. PLUSIEURS OMBRES AU TABLEAU FINANCIER	17
1. <i>Un taux d'augmentation de l'Ondam médico-social en partie artificiel</i>	17
a) <i>Un gel des dotations médico-sociales à hauteur de 150 millions d'euros en 2009</i>	17
b) <i>Les opérations de fongibilité entre les secteurs sanitaire et médico-social</i>	17
2. <i>La persistance des excédents de gestion de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	19
3. <i>Un moindre financement national des allocations versées au titre de l'autonomie et du handicap</i>	20
C. LES INCERTITUDES PESANT SUR LE FINANCEMENT DE LA DEPENDANCE	23
1. <i>La croissance toujours plus rapide des charges liées à la dépendance</i>	23
2. <i>La pérennité financière non garantie du plan Solidarité-Grand Age</i>	27
3. <i>Le financement global de la dépendance : l'intenable statu quo</i>	28
II. UN SECTEUR EN PROFONDE MUTATION	30
A. LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION	30
1. <i>Une convergence tarifaire négociée et échelonnée</i>	30
2. <i>La tarification à la ressource</i>	32
3. <i>L'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le tarif soins des Ehpad</i>	35
B. LA LOI « HPST » : UN BOULEVERSEMENT SANS PRECEDENT DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL	36
1. <i>Les agences régionales de santé, une chance pour le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social</i>	36
2. <i>Une architecture de planification et de programmation médico-sociale rationalisée mais qui suscite des interrogations</i>	37
3. <i>La nouvelle procédure d'appel à projet</i>	39
III. COUP DE PROJECTEUR SUR QUELQUES DEFIS DU SECTEUR	41
A. L'ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES, UN MODELE EN CRISE ?	41
1. <i>Le coût très élevé du reste à charge en établissement</i>	41
2. <i>Une offre en Ehpad insuffisamment adaptée aux besoins des personnes accueillies et de leurs familles</i>	42
3. <i>L'indispensable réorganisation de l'offre médico-sociale sur le territoire</i>	45

B. LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE, UN SECTEUR A RÉFORMER.....	45
1. <i>Un reste à charge financier important</i>	45
2. <i>Un manque regrettable de coordination entre les intervenants à domicile</i>	47
3. <i>Une régulation peu rationnelle du secteur</i>	47
4. <i>Un système de tarification mal adapté aux besoins des patients</i>	48
C. DEUX ENJEUX DE LA POLITIQUE DU HANDICAP.....	49
1. <i>La prise en charge des frais de transport des adultes handicapés</i>	49
2. <i>Les maisons départementales des personnes handicapées : un fonctionnement à améliorer</i>	52

Les observations et propositions de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social en 2010

• Par la voix de son rapporteur, Sylvie Desmarescaux, la commission se félicite de **la croissance de 5,8 % de l'Ondam médico-social en 2010**. Dans un contexte économique très dégradé, cet effort financier confirme la mobilisation en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Elle constate que la progression de l'Ondam permettra de mettre en œuvre des mesures nouvelles afin de continuer le déploiement des plans Solidarité-Grand Age, Alzheimer et Handicap.

Elle regrette cependant que **le taux de progression de l'Ondam soit en partie artificiel** du fait du gel des dotations médico-sociales intervenu en 2009 et des opérations de fongibilité entre enveloppes sanitaire et médico-sociale.

Elle observe, cette année encore, **la persistance d'excédents de gestion de la CNSA** (300 millions d'euros), même s'ils sont moindres que pour l'exercice précédent (500 millions). La sous-consommation des enveloppes financières est préoccupante en période de rareté des fonds publics. Il est donc indispensable de parvenir sur le moyen terme à une allocation des moyens conforme aux capacités effectives d'extension du secteur.

• La commission relève également que **la crise a profondément affecté le dynamisme des ressources de la CNSA**, ce qui l'a contrainte à réduire son budget par deux fois cette année. En conséquence, les fonds transférés aux conseils généraux pour financer l'Apa et la PCH sont moins élevés que prévu (baisse respective de 6 % et 9,9 %). Pour la première fois, la participation des départements au titre du financement de l'Apa devrait dépasser les 70 % en 2009.

Elle souligne les incertitudes qui pèsent sur le financement du plan Solidarité-Grand Age à l'horizon 2011 et 2012, compte tenu de la situation très préoccupante des finances publiques. Elle insiste sur la nécessité de rouvrir rapidement **le dossier du cinquième risque** afin de financer sur le long terme la dépendance.

• La commission fait remarquer que le secteur médico-social est engagé dans **un mouvement de réforme et d'adaptation sans précédent** qui résulte d'une part, de la mise en œuvre des réformes introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (convergence tarifaire, tarification à la ressource, expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des établissements pour personnes âgées dépendantes), d'autre part, de la nouvelle gouvernance médico-sociale opérée par la loi « HPST ».

Elle approuve l'unique mesure du projet de loi de financement relative au secteur médico-social, qui concerne **la prise en charge des frais de transport des adultes handicapés** hébergés en accueil de jour dans les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés. Le dispositif proposé (l'intégration de ces frais dans le budget des établissements) est une **avancée majeure** pour les personnes handicapées, qui devrait permettre de diminuer le reste à charge et de favoriser la mutualisation des transports entre résidents. Elle ne constitue toutefois qu'une **première étape** dans un processus de réforme qui devra, à terme, concerner les autres modes d'accueil.

• Enfin, elle propose que l'application du **forfait journalier hospitalier** ne puisse conduire à abaisser le reste à vivre des personnes hébergées dans les maisons d'accueil spécialisées en dessous d'un certain montant.

Mesdames, Messieurs,

Pour la deuxième année consécutive, la commission des affaires sociales du Sénat consacre un rapport spécifique au secteur médico-social dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. A cet égard, elle note avec satisfaction que son initiative a été reprise, cette année, par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. A l'heure où le débat sur la dépendance, son coût et les outils de sa prise en charge s'intensifie, il est plus que jamais indispensable que le Parlement puisse faire entendre sa voix et être une force de propositions dans ce domaine.

L'évolution des crédits consacrés, en 2009 et 2010, à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées témoigne d'un **engagement soutenu de la part des pouvoirs publics**. A travers le **plan de relance** de l'économie tout d'abord, le secteur a bénéficié de financements supplémentaires destinés à améliorer la prise en charge dans les structures d'accueil et à accélérer la création de nouvelles places. Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ensuite, **la croissance de 5,8% de l'Ondam médico-social** permettra de poursuivre le déploiement des plans Solidarité-Grand Age, Alzheimer et Handicap. Dans un contexte économique dégradé, où les arbitrages financiers sont particulièrement délicats, cet effort mérite d'être salué.

Pour autant, il faut bien reconnaître que **le tableau n'est pas aussi rose qu'il n'y paraît**. Un examen approfondi de la construction de l'Ondam fait en effet apparaître que son taux de progression est en partie artificiel en raison du gel des dotations médico-sociales intervenu en 2009 et des opérations de fongibilité entre enveloppes sanitaire et médico-sociale. Par ailleurs, la crise ayant profondément affecté le dynamisme des ressources de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ses concours au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) sont moins élevés que prévu, si bien que les départements sont obligés de prendre le relais.

Parallèlement, **les charges liées à la dépendance ne cessent de progresser**, rendant le *statu quo* intenable à terme. Ainsi, la couverture des besoins du seul plan Solidarité-Grand Age en 2011 nécessiterait une augmentation de l'Ondam médico-social de 7,4 %, perspective bien improbable... Rien ne garantit donc la pérennité financière du plan dans les prochaines années et ce, d'autant plus que la crise économique n'a pas fini de produire ses effets.

Ce constat particulièrement préoccupant oblige à poser une nouvelle fois **la question de la création d'un cinquième risque de protection sociale**, dossier sur lequel la mission commune d'information créée par le Sénat en décembre 2007 a formulé des préconisations qui pourraient utilement enrichir le projet de loi annoncé, si celui-ci devait enfin voir le jour.

Au-delà des aspects financiers, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 intervient dans **un contexte particulier pour le secteur médico-social**. Celui-ci connaît en effet d'**importantes évolutions** qui résultent d'une part, de la mise en œuvre des réformes introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, d'autre part, de la nouvelle gouvernance médico-sociale voulue par la loi « HPST ».

Pour ces raisons, le projet de loi de financement ne comporte que peu de mesures relatives au secteur médico-social. La plus importante, qui figure à l'article 33, concerne **la prise en charge des frais de transport des adultes handicapés hébergés en accueil de jour dans les maisons d'accueil spécialisées (Mas) et les foyers d'accueil médicalisés (Fam)**. Il s'agit d'une **avancée majeure** pour les personnes handicapées, qui ne constitue toutefois qu'une **première étape** dans un processus de réforme qui devra, à terme, également concerner d'autres modes d'accueil.

De nombreux défis attendent par ailleurs le secteur médico-social. Ainsi, s'agissant de l'accueil en établissement, force est de constater que le modèle de l'établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) « classique » n'est plus suffisamment adapté à la prise en charge de personnes, dont le niveau de soins requis s'est accru. Quant au secteur des services à domicile, bien qu'étant affiché comme une priorité par les pouvoirs publics, il se heurte toujours à de nombreuses difficultés.

Il reste donc beaucoup à faire... Dès lors que les besoins des personnes dépendantes iront croissant, le secteur médico-social devra savoir s'adapter et se moderniser pour tenter d'y répondre.

I. LES AMBITIONS CHIFFREES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 POUR LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL : ENTRE SATISFACTION ET INQUIETUDE

A. UN ENGAGEMENT SOUTENU EN FAVEUR DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

1. Le plan de relance de l'économie au service du secteur médico-social

Dans le cadre du plan de relance de l'économie annoncé à l'automne 2008 par le Président de la République, 200 millions d'euros ont été dévolus à la mise en œuvre d'un plan d'équipement rapide dans les secteurs de la santé, de la petite enfance et du médico-social.

A ce titre, le volume du plan d'aide à l'investissement 2009 (PAI) des établissements et services médico-sociaux géré par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été majoré de 70 millions d'euros. Le PAI a ainsi été porté à 330 millions d'euros alors que le cadrage financier indicatif initial était de 260 millions d'euros. Ce montant intègre la reprise partielle des engagements de l'Etat au titre des contrats de plan Etat-région (CPER)¹ à hauteur de 30 millions d'euros. Le secteur médico-social a également bénéficié de l'augmentation des enveloppes anticipées de création de places nouvelles 2010-2012.

• Le volet investissement

L'objectif de ce premier volet est de permettre le démarrage rapide de projets destinés à améliorer la prise en charge dans les établissements accueillant des personnes âgées (création ou extension de places nouvelles, de places de jour et d'hébergement temporaire, réalisation d'unités d'Alzheimer) et dans les structures accueillant des personnes handicapées, en particulier les maisons d'accueil spécialisées (Mas) et les foyers d'accueil médicalisés (Fam).

Soixante-dix opérations, dont dix-neuf pour le secteur des personnes handicapées et cinquante et une pour celui des personnes âgées, bénéficient d'un montant total d'aide de 70 millions d'euros, pour un coût total de travaux de près de 500 millions d'euros. D'ores et déjà, quarante-neuf mises en paiement ont été effectuées, soit près de 24 % des 70 millions d'euros.

¹ *Le budget 2009 de la CNSA prévoit le transfert du budget de l'Etat à celui de la caisse du financement à venir des contrats de projet Etat-région (CPER) concernant les établissements pour personnes âgées et personnes en situation de handicap (à hauteur de 30 millions d'euros en 2009 et 160 millions d'ici à 2013).*

L'octroi des crédits n'est pas conditionné à une date limite d'achèvement des travaux. Ceux-ci devraient toutefois être terminés à la fin 2010. La CNSA est chargée de suivre précisément la mise en œuvre de ces projets.

• **Le volet fonctionnement**

L'objectif du second volet est d'anticiper la création de 5 000 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et 1 200 places en établissements pour personnes handicapées *via* l'augmentation des enveloppes anticipées de création de places.

Pour favoriser la création et l'adaptation des établissements, la CNSA a en effet inauguré dès 2006 un mécanisme d'enveloppes anticipées limitatives permettant de notifier aux préfets de région les engagements prévisionnels de financement (sous forme de dotations départementales) à valoir pour l'année à venir et la suivante (n + 1 et n + 2). Ce système de pluriannualité budgétaire permet d'autoriser, dès l'année en cours, des places ou services nouveaux qui n'auront d'effet qu'une ou deux années plus tard.

En avril 2009, la CNSA a donc adressé aux préfets, grâce au plan de relance, une notification complémentaire au titre des enveloppes anticipées, leur permettant de dispenser des autorisations supplémentaires de création de places à hauteur de 1 000 places supplémentaires pour 2010, 2 000 pour 2011 et 2 000 pour 2012 dans le secteur des personnes âgées, et 400 places supplémentaires par an de 2010 à 2012 dans celui des personnes handicapées. Pour la première fois, la CNSA a d'ailleurs été en mesure de notifier 20 % des enveloppes à n + 3 (2012).

Le suivi détaillé de la consommation de ces enveloppes supplémentaires est assuré par la CNSA dans le cadre de son dispositif général de suivi de réalisation de places nouvelles.

Créations de places dans le cadre du plan de relance

(montant en millions d'euros)

	Création de places en Ehpad (personnes âgées)	Création de places en Mas-Fam (personnes handicapées)
2010		
Nombre de places réparties	1 003	426
Montant (fonctionnement annuel)	9,6	16,0
2011		
Nombre de places réparties	2 003	357
Montant (fonctionnement annuel)	19,2	15,7
2012		
Nombre de places réparties	2 024	301
Montant (fonctionnement annuel)	19,2	15,9
Total		
Nombre de places réparties	5 050	1 084
Montant (fonctionnement annuel)	48	48

Source : CNSA

2. Un Ondam médico-social en progression de 5,8 % en 2010

• L'article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'ensemble des régimes obligatoires de base à 162,4 milliards d'euros, en progression de 3 % par rapport à l'Ondam 2009 (157,6 milliards d'euros).

Les **deux sous-objectifs** « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour **personnes âgées** » et « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour **personnes handicapées** » s'établissent respectivement à **7 milliards** et **7,9 milliards**.

L'**Ondam personnes âgées** est en **progression de 11,7 %** par rapport à 2009 (où il s'établissait à 6,2 milliards) et l'**Ondam personnes handicapées de 2,6 %** (où il s'établissait à 7,7 milliards). La **progression globale de l'Ondam médico-social est de 5,8 % par rapport à 2009** (où il s'établissait à 14,1 milliards), soit 820 millions.

Dans un **contexte économique dégradé**, ce taux de progression témoigne d'un **réel effort financier et de la poursuite de la mobilisation** en faveur des personnes âgées et handicapées, qui méritent d'être salués.

Contribution de l'assurance maladie aux sous-objectifs « personnes handicapées » et « personnes âgées »

	2008		2009 (prévisions)		2010 (prévisions)	
	Millions d'euros	%	Millions d'euros	%	Millions d'euros	%
Contribution de l'assurance maladie						
Ondam personnes handicapées	7 376	5,4 %	7 727	4,8 %	7 925	2,6 %
Ondam personnes âgées	5 523	15,2 %	6 267	13,5 %	7 000	11,7 %

Source : CNSA

• La gestion des crédits de l'Ondam médico-social est transférée, après son vote par le Parlement, à la CNSA, qui y ajoute sa contribution propre. La somme de l'Ondam médico-social personnes âgées, de l'Ondam médico-social personnes handicapées, de la contribution de la CNSA, ainsi que, le cas échéant, d'une fraction des excédents de la section I des comptes de

la CNSA constatés au cours des exercices antérieurs¹, constitue **l'objectif global des dépenses médico-sociales (OGD)**.

En application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les ressources propres de la CNSA à l'OGD sont constituées :

- d'une fraction comprise entre 10 % et 14 % de la contribution solidarité autonomie, la CSA (en pratique 14 % depuis 2008) qui est consacrée par la CNSA au financement des dépenses de l'OGD personnes handicapées ;

- d'une fraction de 40 % de CSA qui permet de financer l'OGD personnes âgées.

En 2010, **l'OGD personnes handicapées** devrait ainsi atteindre près de **8,2 milliards d'euros** constitués des 7,9 milliards d'Ondam auxquels s'ajoutent 309,2 millions provenant des ressources de CSA dégagés par la CNSA. **L'OGD personnes âgées** s'élèverait, quant à lui, à **7,9 milliards** couverts par 7 milliards de ressources de l'Ondam, 883,5 millions provenant de la CSA et le report d'environ 56 millions d'euros issus des excédents de gestion de la CNSA des années antérieures sur la section I de son budget. Au total, **l'OGD 2010** s'élèverait à environ **16 milliards d'euros** contre 15,3 milliards en 2009.

En conséquence, pour 2010 :

- **l'OGD personnes handicapées est en progression de 2,5 %** (+ 200 millions d'euros par rapport à 2009, où il s'établissait 8 milliards).

- **l'OGD personnes âgées est en progression de 7,8 %** (+ 570 millions par rapport à 2009, où il s'établissait à 7,33 milliards).

3. Un effort financier portant sur la mise en œuvre des plans Solidarité-Grand Age, Alzheimer et Handicap

• La progression de l'Ondam permettra de mettre en œuvre des mesures nouvelles pour un montant de plus de **550 millions d'euros en 2010** afin de poursuivre le **déploiement des plans Solidarité-Grand Age (PSGA) et Alzheimer²**.

Les objectifs affichés sont les suivants :

- la création de 600 pôles d'activité et de soins Alzheimer (Pasa), de 140 unités d'hébergement renforcée (UHR) et de 170 équipes mobiles pluridisciplinaires ;

¹ La section I (« financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux ») est régulièrement productrice d'excédents en raison du retard entre les autorisations et médicalisations de places nouvelles et leur réalisation effective.

² Le plan Alzheimer s'insère dans le PSGA et s'articule avec lui notamment en ce qui concerne les accueils de jour et d'hébergement temporaire, la mise en place d'unités spécifiquement dédiées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer au sein des Ehpad ou dans des structures autonomes adaptées.

- le financement de 2 125 places d'accueils de jour ainsi que de 1 125 places d'hébergement temporaire ;
- la création de 7 500 places nouvelles en maisons de retraite, soit 2 500 de plus que les objectifs initialement prévus ;
- le financement de 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ;
- le financement de la médicalisation renforcée de 80 000 places en maisons de retraite, ce qui permettra la création de 5 000 emplois soignants ;
- la mobilisation de crédits pour accroître le forfait transport des services d'accueil de jour de 30 % ;
- la poursuite de l'effort en faveur de l'aide à l'investissement en particulier pour les établissements s'adaptant à la prise en charge des malades d'Alzheimer.

Créations de places prévues dans le Plan Solidarité-Grand Age (2007-2012)

Type d'équipement	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total des places
Places de services de soins infirmiers à domicile	6 000	6 000	6 000	7 500	7 500	7 500	40 500
Places d'hébergement temporaire	1 125	1 125	1 125	1 125	1 125	1 125	19 500
Places d'accueil de jour	2 125	2 125	2 125	2 125	2 125	2 125	
Places en établissements	5 000	7 500	7 500	5 000	5 000	5 000	35 000
Total	14 250	16 750	16 750	15 750	15 750	15 750	95 000

Source : secrétariat d'état à la solidarité

Le plan Alzheimer 2008-2012

Parmi les différentes mesures proposées sur la période 2008-2012, les principales, du point de vue de l'effort budgétaire (1,26 milliard d'euros sur le total de 1,67 milliard), sont :

- le développement et la diversification des **structures de répit**, avec 169,5 millions pour la création de 11 000 places d'accueil de jour et de 5 600 places d'hébergement temporaire ;
- la désignation de 1 000 **coordonnateurs** en 2012 sur l'ensemble du territoire, pour un montant de 113,5 millions ;
- le **renforcement du soutien à domicile**, grâce notamment au recrutement de personnels spécialement formés (169 millions) ;
- la **création ou l'identification, au sein des Ehpad, d'unités adaptées** pour les patients souffrant de troubles comportementaux. Il s'agit du poste budgétaire de loin le plus important, avec 738 millions ;
- la **mise en œuvre d'unités spécialisées** pour les malades atteints d'Alzheimer **au sein des services de soins de suite et de réadaptation** (70 millions) ;
- le financement d'appels à projets et de dépenses en faveur de la **recherche**, pour un montant de près de 130 millions, incluant en particulier la mise en place d'une fondation de coopération scientifique.

- Lors de la conférence nationale du handicap, le 10 juin 2008, le Président de la République s'est engagé à réaliser **un plan de construction de plus de 50 000 places (dont 38 000 pour les adultes et 12 000 pour les enfants) sur sept ans.**

En 2010, **360 millions d'euros seront mobilisés** en faveur des établissements et services pour personnes handicapées. L'objectif affiché est le financement de 5 500 places nouvelles.

En ce qui concerne **les enfants**, la priorité continuera d'être donnée à l'amélioration de la prévention et de l'accompagnement en milieu scolaire avec la création ou l'extension de quinze centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), douze centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et 1 000 places de services d'éducation et de soins à domicile (Sessad).

L'accent sera également mis sur certains publics prioritaires, tels que les enfants autistes (300 places nouvelles en instituts médico-éducatifs - IME - et 200 en Sessad), les enfants polyhandicapés (100 places en IME et instituts médico-professionnels - Impro -) et les enfants souffrant de déficience intellectuelle (150 places en IME et Impro).

En ce qui concerne **les adultes**, le Gouvernement souhaite résorber les listes d'attente existantes en finançant, comme en 2009, 1 800 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées (Mas) et foyers d'accueil médicalisés (Fam) et en médicalisant 300 places de foyers de vie.

Le développement de l'offre de services à domicile sera également poursuivi, avec la création de 1 500 places nouvelles de Ssiad et de services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (Samsah) afin de permettre aux adultes handicapés, qui le souhaitent, de rester à leur domicile. Un accent particulier sera mis, dans ce cadre, sur l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, à travers la création de 500 places de Samsah dédiées à ce public.

Les comptes prévisionnels 2010

(en millions d'euros)

Charges	Prévision	Produits	Prévision
Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	16 178,9	Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	16 178,9
<i>Sous-section I</i> <i>Etablissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 327,0	<i>Sous-section I</i> <i>Etablissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 237,0
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 188,0	Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	309,2
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (Ondam)	7 925,0
Agence nationale d'évaluation des ets et serv. médico-sociaux (Anesm)	0,7	Déficit	2,8
Agence nationale pour l'appui à la performance (Anap)	0,5		
Opérations diverses	23,9		
<i>Sous-section II</i> <i>Etablissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	7 941,9	<i>Sous-section II</i> <i>Etablissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	7 941,9
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 912,0	Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	883,5
Agence nationale d'évaluation des ets et serv. médico-sociaux (Anesm)	1,1	Contribution des régimes d'assurance maladie (Ondam)	7 000,0
Agence nationale pour l'appui à la performance (Anap)	0,5	Déficit	58,4
Opérations diverses	28,3		
Section II Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)	1 559,1	Section II Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)	1 559,1
Concours versés aux départements (Apa)	1 537,6	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	441,8
Congé de soutien familial	0,5	Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 035,4
Opérations diverses	21,0	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0
		Produits financiers	15,0
Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	589,3	Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	589,3
Concours versés aux départements (PCH)	505,2	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	574,3
Concours versés aux départements (MDPH)	45,0	Produits financiers	15,0

Charges	Prévision	Produits	Prévision
Majoration AEEH (versement Cnaf)	21,4		
Congé de soutien familial	0,5		
Opérations diverses	17,2		
Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	88,0	Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	88,0
<i>Sous-section I Personnes âgées</i>	73,1	<i>Sous-section I Personnes âgées</i>	73,1
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	65,1	Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	66,1
Plan métier	7,0	Déficit	7,0
Opérations diverses	1,0		
<i>Sous-section II Personnes handicapées</i>	14,9	<i>Sous-section II Personnes handicapées</i>	14,9
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section I de la section I	11,9
Plan métier	3,0	Déficit	3,0
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	171,0	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	171,0
<i>Sous-section I Actions en faveur des personnes âgées</i>	131,0	<i>Sous-section I Actions en faveur des personnes âgées</i>	131,0
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la sous-section II de la section I	10,0
Plan d'aide à l'investissement des établissements 2010	121,0	Déficit	121,0
<i>Sous-section II Actions en faveur des personnes handicapées</i>	40,0	<i>Sous-section II Actions en faveur des personnes handicapées</i>	40,0
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la sous-section III	10,0
Plan d'aide à l'investissement des établissements 2010	30,0	Déficit	30,0
Section VI Frais de gestion de la caisse	18,7	Section VI Frais de gestion de la caisse	18,7
Dépenses de fonctionnement / CNSA	8,9	Contributions des sections I à IV-I pour frais de caisse / CNSA	18,6
Dépenses de personnel / CNSA	9,5	Produit exceptionnel pour remboursement M.A.D.	0,1
Excédent	0,3		
TOTAL	18 554,2	TOTAL	18 332,4
		RESULTAT (déficit)	221,9

Source : CNSA

B. PLUSIEURS OMBRES AU TABLEAU FINANCIER

1. Un taux d'augmentation de l'Ondam médico-social en partie artificiel

Les moyens nouveaux dégagés par le Gouvernement sur l'Ondam médico-social (et sur l'OGD) pour l'année 2010 montrent que, malgré la crise, le secteur médico-social demeure l'une de ses priorités. Toutefois, l'examen approfondi de la construction de l'Ondam fait apparaître que **son taux de progression est en partie artificiel** du fait du gel des dotations médico-sociales intervenu en 2009 et des opérations de fongibilité entre enveloppes sanitaire et médico-sociale.

a) Un gel des dotations médico-sociales à hauteur de 150 millions d'euros en 2009

La contribution de l'assurance maladie au financement des établissements et services médico-sociaux constitue une enveloppe fermée qui ne peut, en temps normal, être ni dépassée ni sous-consommée. Cependant, compte tenu de la sous-consommation structurelle des crédits alloués au secteur personnes âgées (qui résulte des retards pris dans la création de nouvelles places), il a été procédé en 2009 à **un gel de la dotation personnes âgées à hauteur de 150 millions d'euros**. L'enveloppe pour personnes handicapées n'a, pour sa part, pas été modifiée.

Ces 150 millions d'euros ont été **restitués à l'assurance maladie** afin qu'elle puisse réduire d'autant son déficit.

Or, l'amputation de l'assiette de l'Ondam 2009 (opération de « débasage ») à hauteur de 150 millions d'euros conduit mécaniquement à « gonfler » le pourcentage de progression de l'Ondam 2010.

b) Les opérations de fongibilité entre les secteurs sanitaire et médico-social

La construction de l'Ondam médico-social pour 2010 résulte aussi d'opérations de fongibilité entre enveloppes sanitaire et médico-sociale, permettant **une augmentation du niveau de l'Ondam, sans apport de crédits nouveaux par l'assurance maladie**. Si l'on neutralisait cet effet de transfert, la progression de l'Ondam ne serait pas la même que celle affichée.

Il **convient de distinguer** deux types d'opérations de fongibilité.

- Tout d'abord, les transferts liés à la couverture de charges nouvelles désormais incluses dans le périmètre des dépenses médico-sociales et autrefois couvertes par d'autres objectifs de dépenses.

Pour ce qui relève du champ des personnes âgées, l'OGD 2010 intègre les effets de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui prévoit l'expérimentation de la réintégration du coût des

médicaments dans les dotations ou forfaits soins des établissements ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur ou n'en partageant pas une dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire, ainsi qu'une gestion coordonnée des médicaments au sein des Ehpad, grâce à un nouvel acteur, le pharmacien référent. **Cette expérimentation, qui doit concerner 360 Ehpad, est financée par un transfert de 47 millions d'euros depuis l'objectif de dépenses soins de ville.**

Pour ce qui concerne le champ des personnes handicapées, l'année 2010 est marquée par deux transferts en provenance de l'enveloppe des soins de ville :

- **60 millions d'euros destinés à couvrir les dépenses de prise en charge d'enfants handicapés accueillis dans des structures belges.** Ce montant correspond aux versements effectués par la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) de Tourcoing en faveur des établissements conventionnés accueillant des enfants handicapés ressortissant du seul régime général. Son intégration dans l'OGD personnes handicapées permet de mettre fin à l'ambiguïté juridique de la compétence de la CNSA sur ces dépenses (qui ne relevaient pas de l'article 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles définissant le champ de l'OGD, mais étaient néanmoins imputées par l'assurance maladie sur la dépense médico-sociale) ;

- **18 millions d'euros destinés à couvrir la première tranche d'intégration (36 millions d'euros au total) des frais de transports dans les budgets des établissements pour personnes adultes handicapées** (mesure prévue à l'article 33 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010).

• Ensuite, la fongibilité au sens « *des évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociales se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activités.* »¹

Ces transformations sont intégrées postérieurement au bouclage des équilibres macro-économiques de l'Ondam global et sont prises en compte dans l'arrêté interministériel fixant les montants de ses différents sous-objectifs. **Pour 2010, les principales opérations de fongibilité vont concerner la dernière tranche de partition des capacités des unités de soins de longue durée (USLD)**, dont une partie intégrera le périmètre des Ehpad.

Cet éclairage **ne remet toutefois pas en cause le principe de fongibilité asymétrique** désormais inscrit dans la loi HPST², qui constitue une avancée majeure pour le secteur médico-social. En autorisant le redéploiement

¹ Article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale.

² Article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

de crédits du sanitaire vers le médico-social, sans que l'inverse soit possible, il encourage les opérations de conversion d'activités de soins en activités médico-sociales qui, jusqu'à présent, ont essentiellement portées sur les unités de soins de longue durée (USLD). Cette première vague de conversion devant être terminée en 2010, une deuxième, de plus grande ampleur, devrait concerner non plus de simples unités mais des structures entières (par exemple, la conversion d'un hôpital local en maison de retraite). Ces opérations étant plus longues et plus difficiles à organiser, les établissements concernés seront aidés par la nouvelle agence nationale d'appui à la performance (Anap).

2. La persistance des excédents de gestion de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Depuis sa création, **la section I du budget de la CNSA est la principale productrice d'excédents**, en raison de son importance relative dans le budget de la caisse (autour de 83 %) et des mécanismes budgétaires qui lui sont liés. Au titre de cette section, la CNSA attribue aux préfets des départements des enveloppes destinées à financer le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux. Une partie de ces enveloppes correspond au financement de la création de places nouvelles dans le cadre des plans nationaux (PSGA, plan Alzheimer, plan Handicap). Le versement des crédits correspondants aux établissements est subordonné à l'ouverture effective de ces nouvelles places, elle-même conditionnée par la durée des travaux et le délai de recrutement et de formation des personnels. Il peut donc s'écouler plusieurs mois, voire plusieurs années, entre la notification des crédits au préfet et la réalisation de la dépense, entraînant une **sous-consommation des enveloppes financières**.

D'un montant de 500 millions d'euros en 2008, **les excédents de gestion attendus à la fin 2009 seraient de 300 millions**. Aussi le budget prévisionnel de la CNSA pour 2010 prévoit-il que la caisse opère des prélèvements sur ses excédents afin de :

- financer une contribution supplémentaire de la CNSA au financement de l'OGD personnes âgées à hauteur de 56 millions d'euros. En 2008 et 2009, une fraction des excédents a déjà été utilisée pour accroître le volume de l'Ondam voté par le Parlement au profit des établissements médico-sociaux pour personnes âgées, c'est-à-dire pour financer le fonctionnement de ces établissements ;

- mettre en œuvre un nouveau plan d'aide de 151 millions d'euros dédié à l'investissement sur les établissements et services médico-sociaux, dont une partie permettra de poursuivre la création de places adaptées aux malades d'Alzheimer. Ce montant est susceptible d'être révisé lorsque l'exécution de l'exercice 2009 sera arrêtée en mars 2010, au vu des réserves effectivement disponibles.

Malgré l'utilisation de ces excédents pour soutenir l'investissement ou pour abonder l'OGD personnes âgées, **la persistance de la sous-consommation des enveloppes financières est préoccupante dans un contexte de rareté des fonds publics**. Dès lors, il convient de faire évoluer la planification des places en établissements et services pour personnes âgées et handicapées, le suivi des réalisations effectives des places - compte tenu des délais importants qui séparent le début de la construction et la mise à disposition des places -, et la programmation budgétaire des concours de la CNSA, afin de **parvenir sur le moyen terme à une allocation des moyens au secteur médico-social conforme à ses capacités effectives d'extension**.

Dans le cadre d'une mission conjointe, l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) ont été chargées d'analyser les causes et de proposer des solutions pour prévenir le renouvellement de ces excédents. Leurs conclusions écrites devraient être rendues publiques prochainement.

3. Un moindre financement national des allocations versées au titre de l'autonomie et du handicap

• Le budget total de la CNSA devrait s'élever, en 2010, à 18,55 milliards d'euros. Sur ce montant, plus de 16 milliards sont dirigés vers les établissements médico-sociaux *via* l'OGD et quelques centaines de millions d'euros sont consacrées au financement d'actions de formation et d'opérations d'investissement. Le reliquat, soit environ **2,1 milliards**, est destiné à **trois types d'action** :

- les concours versés aux départements au titre de **l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa)** ;

- les concours versés aux départements au titre de **la prestation de compensation du handicap (PCH)** ;

- les concours versés aux départements au titre des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Les concours au financement de l'Apa sont couverts par une fraction de 20 % du produit de CSA et par une part du produit de CSG comprise entre 98 % et 85 % (94 % depuis 2007) ainsi que par une participation des régimes d'assurance vieillesse. Les concours au financement de la PCH et des MDPH sont assurés grâce à une fraction comprise entre 26 % et 30 % des recettes de CSA (de 26 % depuis 2008).

La crise a profondément affecté le dynamisme de ces ressources ; les moins-values de CSG (2,8 %) et de CSA (4,6 %) ont ainsi contraint la CNSA à réduire son budget par deux fois cette année.

**Recettes propres de la CNSA pour 2008 (réalisations)
et prévisions relatives à 2009 et 2010**

(en millions d'euros)

	2008 (réalisé)		2009 (prévisions)		2010 (prévisions)	
CSG	1 122	4,1 %	1 091	- 2,8 %	1 098	0,6 %
CSG perçue sur les revenus d'activité et de remplacement	978	4,3 %	974	- 0,3 %	979	0,5 %
CSG perçue sur les revenus du patrimoine	72	5,7 %	50	-29,7 %	50	0,0 %
CSG perçue sur les revenus de placement	68	1,6 %	61	- 10,3 %	63	3,3 %
CSG perçue sur les produits des jeux	5	- 10,9 %	5	3,4 %	5	0,0 %
CSA	2 296	3,4 %	2 190	- 4,6 %	2 202	0,5 %
CSA perçue sur les revenus d'activité	1 887	2,3 %	1 857	- 1,6 %	1 861	0,2 %
CSA perçue sur les revenus du patrimoine	210	4,4 %	151	-28,2 %	151	0,0 %
CSA perçue sur les produits de placement	199	14,1 %	183	- 8,0 %	190	3,8 %
Participation des régimes d'assurance vieillesse	65	1,5 %	66	0,5 %	67	1,8 %
PRODUITS BRUTS CNSA (hors produits financiers)	3 483	3,6 %	3 347	- 3,9 %	3 367	0,6 %
Produits financiers	62	-	30	-51,6 %	30	0,0 %
PRODUITS CNSA	3 545	4,3 %	3 377	- 4,7 %	3 397	0,6 %

Source : CNSA

En conséquence, les fonds transférés aux conseils généraux pour financer l'Apa et la PCH sont moins élevés que prévu ; ils devraient baisser respectivement de 6 % et 9,9 % en 2009.

**Effets de la baisse des recettes
sur les concours Apa et PCH de la CNSA**
(dernière date de révision : 22 septembre 2009)

(en millions d'euros)

	Concours définitif 2008	Prévisionnel 2009	Révisé mars 2009	Révisé sept-09	Evolution prévisionnelle 2009/révisée septembre (en %)
Apa	1 598,9	1 631,4	1 562,0	1 534,3	-6,0
PCH	550,8	561,4	514,7	505,5	-9,9

Source : CNSA

Ainsi, le **taux de couverture de l'Apa par la CNSA** (rapport entre les concours de la CNSA et le montant des prestations versées) passerait de 32,9% en 2008 à **29,9 % en 2009** et atteindrait **28,5 % en 2010**. Le **taux de couverture de la PCH**, d'un peu plus de 100 % en 2008¹, devrait être ramené à **91 % en 2009** et **76,8 % en 2010**.

Taux de couverture Apa et PCH

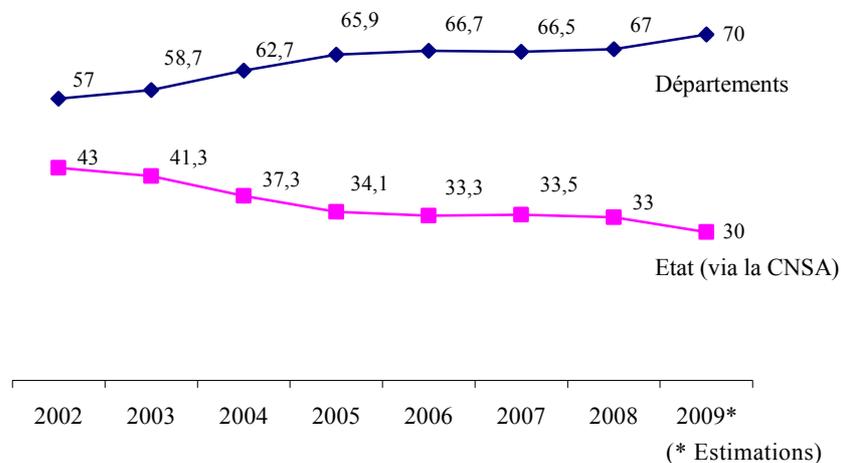
	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)
Apa	33,2 %	32,9 %	29,9 %	28,5 %
PCH	134,0 %	109,1 %	91,0 %	76,8 %

p : prévision CNSA

Source : CNSA

Inévitablement, **les départements sont obligés de prendre le relais**. Pour la première fois, leur participation au titre du financement de l'Apa devrait dépasser les 70 % cette année.

Répartition du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) (en %)



Source : CNSA

En 2010, les ressources de la caisse atteindraient 3,4 milliards d'euros, en hausse de 0,6 %. Les concours aux départements au titre des

¹ En raison de l'absence de plafonnement du concours de la CNSA et du démarrage relativement lent de la PCH, son taux de couverture par la caisse a été très supérieur à 100 % en 2006 et 2007 puis a été ramené autour de 100 % en 2008 en raison de la montée en charge de la prestation.

dépenses d'Apa et de PCH devraient, en conséquence, légèrement augmenter (0,5 %).

- Les concours de la CNSA au titre de l'Apa et de la PCH sont également abondés par **les produits financiers réalisés à partir des placements de la trésorerie** disponible de la CNSA.

Or, la crise financière, qui s'est caractérisée par une baisse importante des taux d'intérêt, a entraîné **une forte diminution des produits des placements**. Alors qu'en **2008**, ceux-ci s'élevaient à **62 millions d'euros**, abondant d'autant les concours aux départements, ils devraient être **divisés par deux en 2009** et se **stabiliser à 30 millions d'euros en 2010**, limitant à ce montant les fonds transférés aux conseils généraux.

Outre ces mauvais résultats financiers, la CNSA est confrontée à un autre problème. **Ses réserves de trésorerie sont en effet de plus en plus convoitées** dans le contexte d'aggravation du déficit de la sécurité sociale. Certains avancent l'idée d'utiliser ces réserves **pour financer l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) dont le solde moyen de trésorerie devrait atteindre - 12,5 milliards d'euros en 2009**. Si une telle hypothèse devait se confirmer, la caisse perdrait non seulement l'autonomie de gestion de ses réserves mais en plus, les produits financiers réalisés à partir des placements de trésorerie ne viendraient plus abonder les concours aux départements au titre de l'Apa et de la PCH.

C. LES INCERTITUDES PESANT SUR LE FINANCEMENT DE LA DEPENDANCE

1. La croissance toujours plus rapide des charges liées à la dépendance

Les dépenses au titre de l'Apa et de la PCH continuent d'évoluer plus rapidement que les ressources de la CNSA destinées à leur financement, même si la montée en charge de l'Apa marque un net infléchissement depuis 2008.

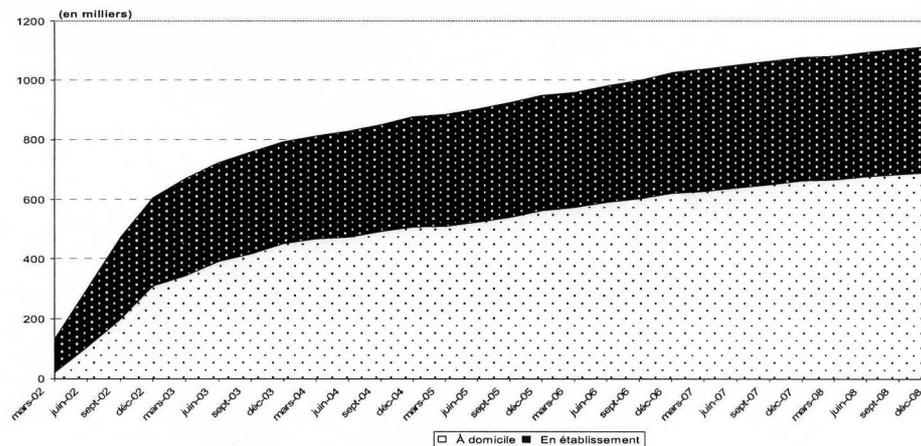
- Selon l'enquête trimestrielle de la Drees¹, au 30 juin 2009, **1 117 000 personnes âgées dépendantes** bénéficiaient de l'Apa, soit une **augmentation de 2,1 % sur un an**, en ralentissement par rapport à la hausse observée en 2008 (4,4 %) et 2007 (6,8 %).

En juin 2009, **61 % des bénéficiaires de l'Apa vivaient à domicile et 39 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa)**. Cette répartition a toutefois évolué depuis l'entrée en vigueur de l'allocation en 2002. En effet, la montée en charge de l'Apa en établissement a été plus rapide que celle à domicile dans les premières années. Ceci s'explique par la

1 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) au 30 juin 2009 », enquête trimestrielle.

volonté de prendre en charge le plus rapidement possible les personnes fortement dépendantes, nécessitant la plupart du temps d'être hébergées en institution. A partir de 2003, la croissance du nombre de bénéficiaires de l'Apa à domicile a été nettement plus dynamique que celle des bénéficiaires de l'allocation en établissement, dans un contexte où les pouvoirs publics cherchent à favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes.

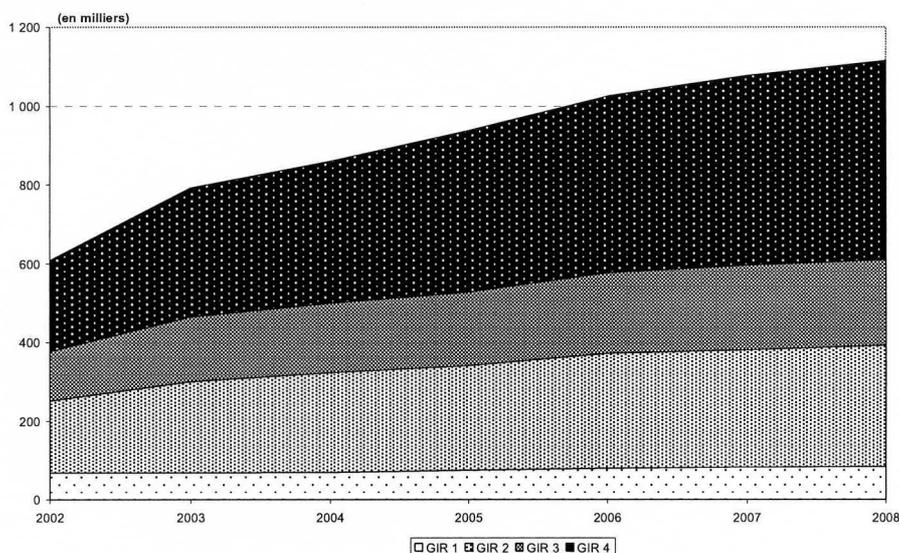
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2002 et fin 2008, par type d'hébergement



Source : données DREES – mai 2009.

Si chacun des groupes iso-ressources (Gir), qui déterminent le niveau de perte d'autonomie, a vu ses effectifs augmenter, **l'évolution de la structure des bénéficiaires par Gir fait apparaître certaines modifications** : ainsi, alors que la part des bénéficiaires du Gir 4 (personnes modérément dépendantes) représentait 38 % du total des effectifs en décembre 2002, celle-ci a augmenté pour atteindre 45 % à la fin 2008. Dans le même temps, la proportion de bénéficiaires du Gir 1 (personnes totalement dépendantes) a connu une baisse (de 11 % du total en 2003 à 8 % en 2008).

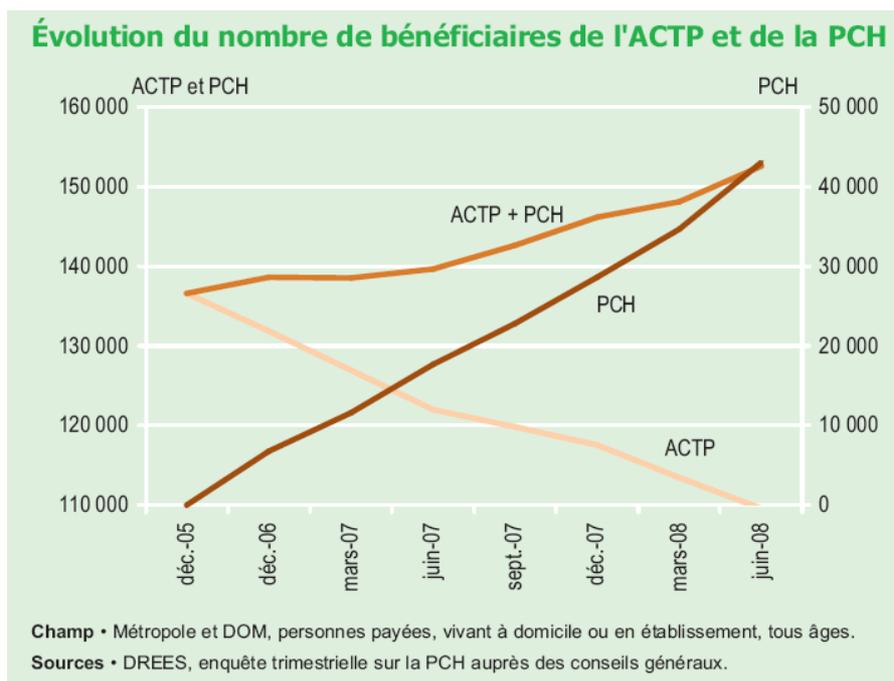
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2002 et fin 2008, par GIR



Source : données DREES – mai 2009 ; données au 31 décembre de chaque année.

Fin juin 2009, le montant moyen du plan d'aide pour les personnes qui résident à domicile était de 494 euros par mois, dont 406 euros à la charge des conseils généraux, et de 461 euros pour les personnes qui résident en établissement, dont 307 euros à la charge des conseils généraux.

- La **compensation du handicap** repose, depuis la loi du 11 février 2005, sur la prise en compte du projet de vie global de ces personnes, au moyen de la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette prestation comporte cinq volets d'aides - humaines, techniques, liées au logement et au véhicule, spécifiques, animalières - dont la combinaison est adaptée aux besoins de chaque personne. Après un démarrage relativement lent, l'année 2008 a vu **la montée en charge de cette prestation** avec 100 000 demandes contre 84 000 en 2007, et surtout 112 000 décisions rendues par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) contre 77 000 l'année précédente.



- La croissance des charges liées à la dépendance pose évidemment **la question de leur financement.**

Dans son **rapport public annuel 2009**, la **Cour des comptes** s'interroge ainsi sur les **perspectives de financement de l'Apa**. La progression du nombre de bénéficiaires s'est mécaniquement accompagnée d'une hausse significative des dépenses d'Apa : proches de 4 milliards d'euros en 2005, elles atteignaient 4,5 milliards en 2007, soit une hausse de 10,5 % en deux ans.

Une partie de ces dépenses est prise en charge par un mécanisme de péréquation nationale financé par la CNSA. Néanmoins, le taux de progression des crédits affectés à la péréquation étant inférieur au taux de progression des dépenses d'Apa, **le taux de couverture des dépenses par la péréquation nationale baisse régulièrement.**

Or, comme l'avait déjà souligné la Cour en 2005¹, **l'absence de règles claires de répartition de la charge entre l'Etat, les départements et les bénéficiaires ne permet pas d'organiser de façon satisfaisante le financement à venir de la prestation.**

A cet égard, la Cour recommandait en 2005 que soit élaboré le plus rapidement possible le rapport au Parlement, prévu par l'article 15 de loi du 20 juillet 2001 créant l'Apa et qui devait intervenir au plus tard le 30 juin 2003 pour faire le bilan de l'allocation. Ce rapport n'a toujours pas été établi.

¹ Cour des comptes, rapport au Président de la République, « Les personnes âgées dépendantes », novembre 2005.

La Cour rappelle que **la tenue d'un débat au Parlement sur les conditions du financement de l'Apa est pourtant indispensable pour pérenniser l'allocation et clarifier la contribution de ses financeurs respectifs** (Etat, départements, bénéficiaires).

2. La pérennité financière non garantie du plan Solidarité-Grand Age

Le plan Solidarité-Grand Age présenté par Philippe Bas en 2006, pour la période 2007-2012, devait répondre de manière prioritaire et lisible à la nécessaire médicalisation des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Il s'agissait de permettre la création de places nouvelles de manière dynamique et équilibrée sur le territoire national, de développer l'offre d'accompagnement et de soins à domicile, et de renforcer les équipes dans les Ehpad. Se substituant au plan Vieillesse et solidarités, annoncé à la suite du drame de la canicule de l'été 2003, il se fonde sur **des objectifs quantitatifs plus ambitieux**. Pour les satisfaire à l'horizon 2012, **des moyens financiers doivent être dégagés chaque année**, dans le cadre de l'OGD.

Or, comme pour toute politique publique, les crédits alloués à la prise en charge des personnes dépendantes sont **soumis à un arbitrage** particulièrement délicat dans un contexte de forte dégradation des finances publiques. **Rien ne garantit donc la pérennité financière du PSGA dans les prochaines années et ce, d'autant plus que la crise économique n'a pas fini de produire ses effets.**

Ainsi, la CNSA, dont les recettes dédiées à l'OGD sont directement affectées par la dégradation du contexte économique, estime que **la couverture des besoins du PSGA en 2011 nécessitera une augmentation de l'Ondam médico-social de 7,4 %**. Quel que soit l'arbitrage auquel il sera procédé, une telle progression paraît très peu probable.

L'inquiétude qui pèse sur le déploiement du plan en 2011 et 2012 est d'autant plus forte que **les besoins de financement ont été sous-évalués d'au moins 1,2 milliard d'euros** lors des chiffrages effectués en 2006, comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport public annuel 2009.

Coût du plan Solidarité Grand âge

(en millions d'euros)

Mesure prévue par le PSGA	Chiffrage présenté à la presse (juin 2006)	Coût réévalué
Création de 5 000 places en établissement par an	165	225 - 270
Augmentation du Gir moyen pondéré (GMP)	239	300
Passage au nouveau mode de tarification Pathos	473	1 200
Ratio d'un personnel pour un résident dans les établissements accueillant des personnes très dépendantes	510	570 - 995
Création de 6 000 places de Ssiad par an (et 7 500 à compter de 2010)	365	425
Renforcement des moyens pour les Ssiad accueillant des patients très dépendants	49	150
2 125 places d'accueil jour et 1 125 places d'hébergement temporaire par an	90 %	160
Annonce compensation frais financiers	Annonce de 25 millions d'euros par an	150
Total	1 891 (sans la compensation des frais financiers)	Entre 3 180 et 3 650 millions d'euros

Source : DGAS

3. Le financement global de la dépendance : l'intenable *statu quo*

Fin 2007, le Président la République a annoncé, au Palais du Luxembourg, son souhait qu'un **projet de loi sur la prise en charge de la perte d'autonomie et la création d'un cinquième risque** soit prochainement soumis au Parlement. Le Sénat a aussitôt créé sur ce thème une mission commune d'information, composée de membres des commissions des affaires sociales et des finances, afin de prendre toute sa place dans le débat¹.

La mission s'est d'abord attachée à expliquer pourquoi **le *statu quo* n'est pas tenable à terme**. Certes, des efforts financiers très importants ont été réalisés depuis plusieurs années, parmi lesquels la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), la création de la CNSA, l'instauration d'une journée de solidarité rapportant une recette supplémentaire

¹ « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape » - Rapport Sénat n° 447 (2007-2008) - Philippe Marini, Président, Alain Vasselle, rapporteur.

d'environ un milliard d'euros. Mais, parallèlement, la dépense publique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie a connu une évolution très dynamique, avec des taux de croissance de l'ordre de 8 % par an pour l'Apa et 9 % pour l'Ondam médico-social. Elle approche aujourd'hui une vingtaine de milliards d'euros, soit un peu plus de 1 % du Pib.

La **question de la soutenabilité de la dépense publique** est dès lors posée. D'un côté, les plus de quatre-vingt-cinq ans vont passer de 1,3 million de personnes à 2 millions en 2015, tandis que la population des plus de soixante-quinze ans va progressivement doubler. De l'autre, la dette publique accumulée, le poids déjà lourd des prélèvements obligatoires et la montée inéluctable des dépenses de maladie et de retraite imposent de procéder à des arbitrages.

Partant de ce constat, le rapport de la mission a formulé **quatre grandes séries de préconisations** :

- prévoir un effort plus équitable en direction des bénéficiaires de l'Apa à domicile en instaurant un mécanisme de prise de gage sur patrimoine ;
- maîtriser le reste à charge en établissement *via* notamment un meilleur ciblage de l'Apa en institution ;
- mettre en place une articulation efficace entre les financeurs publics et les assureurs privés ;
- créer les conditions d'une bonne gouvernance du cinquième risque.

A ce jour, **le dossier du cinquième est toujours soumis à arbitrage**. Toutefois, le 20 octobre dernier, le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Xavier Darcos, a manifesté son souci d'**ouvrir le dossier de la dépendance en même temps que celui des retraites** - c'est-à-dire au cours du premier trimestre 2010 -, estimant que les questions de retraite, de dépendance, de vieillissement et de pénibilité sont liées.

II. UN SECTEUR EN PROFONDE MUTATION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 intervient dans **un contexte particulier pour le secteur médico-social**. Celui-ci connaît en effet d'importantes évolutions qui résultent d'une part, de la mise en œuvre des réformes introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (convergence tarifaire, tarification à la ressource, expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des Ehpad), d'autre part, de la nouvelle gouvernance médico-sociale résultant de la loi HPST.

A. LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION

1. Une convergence tarifaire négociée et échelonnée

- Le secteur de l'hébergement des personnes âgées est caractérisé par **une très forte hétérogénéité des ressources d'assurance maladie mises à sa disposition pour couvrir le coût des forfaits soins**. Les écarts seraient de un à trois à service rendu comparable.

Cette situation a pu être mise en évidence par **la définition d'une unité de référence¹ permettant de calculer ce que devrait être la dotation soins « normale » d'un établissement**, compte tenu des coûts constatés dans la moyenne de tous les autres : le Gir moyen pondéré soins (GMPS). Le GMPS agrège lui-même deux ensembles :

- le Gir moyen pondéré (GMP) qui mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance ; le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille Aggir (autonomie gérontologie groupes iso-ressources) ;

- le Pathos moyen pondéré (PMP) qui mesure, également en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante.

Les points obtenus en additionnant le GMP et le PMP² permettent de calculer le GMPS : multipliés par une valeur en euros et par le nombre de lits exploités, ils définissent une dotation théorique (le « tarif plafond ») pour

¹ Initialement, sur le fondement de la circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000-475 du 15 septembre 2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les Ehpad, puis de l'article 56 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (en ce qui concerne le PMP).

² Tous les établissements ne disposent pas nécessairement de leur PMP. En attendant, le Pathos moyen pondéré est remplacé par un montant forfaitaire qui varie selon que l'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) ou non.

chaque établissement¹. **20 % à 25 % des établissements disposent d'une dotation soins supérieure à ce qu'autoriserait en principe leur tarif plafond**, alors que **75 % à 80 % se situent sous leur tarif plafond**.

• Lancé en 2008 et amplifié en 2009, le processus de convergence tarifaire des dotations soins poursuit deux objectifs : **remédier aux rentes de situation et répondre au souci d'équité entre les établissements**.

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, complétant l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, a conféré **une base légale aux tarifs plafonds** en précisant que « *le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux* »². Le même article a, par ailleurs, soumis les règles de répartition, par la CNSA, des dotations régionales attribuées aux établissements au titre des soins au respect de « *l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories* ».

Un palier supplémentaire a été franchi avec **l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009** qui rend, en quelque sorte, les « tarifs plafonds » opposables en matière de financement des soins. En complétant l'article L. 314-3 du code de la sécurité sociale, il autorise le ministre chargé de la sécurité sociale à établir, au-delà de la définition des tarifs plafonds et de leurs règles de calcul, « *les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds* », c'est-à-dire de mettre en œuvre un processus de convergence de tous les établissements³ vers les tarifs plafonds.

Un **arrêté, paru le 26 février 2009**, précise le dispositif des tarifs plafonds aux gestionnaires d'établissements et services qui accueillent des personnes âgées.

Le tarif plafond est calculé à partir de la formule suivante :

*Tarif plafond à la place afférent aux soins = valeur annuelle du point * [(Gir moyen pondéré + (Pathos moyen pondéré * 2,59)]*

¹ Pour le détail de la procédure de calcul, se reporter à l'arrêté du 16 juillet 2008 fixant les modalités de calcul des tarifs plafonds prévus à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité. Se reporter également à la circulaire interministérielle DGAS/DSS n° 2008-54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médicosociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées - BO Santé/Protection sociale/Solidarités n° 2008/3 du 15 avril 2008, pages 263 à 283.

² Cet article couvre, en effet, tout le champ du secteur médicosocial et pas seulement les établissements et services médicalisés pour personnes âgées.

³ Outre les Ehpad, sont concernés par la convergence les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements et services d'aide par le travail (Esat), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) les services de protection des majeurs.

Concrètement, **en 2009**, pour les établissements dont le tarif afférent aux soins constaté en 2008 est supérieur au tarif plafond, **le tarif journalier afférent aux soins est égal au tarif fixé en 2008 majoré de 0,5 %**. Autrement dit, pour ces établissements, 2009 est une année de blocage de leur dotation soins avec un taux d'évolution fixé à 0,5 %.

Ensuite, pour chacune des années **2010 à 2016**, **le tarif afférent aux soins** des établissements dont le tarif constaté en 2009 est supérieur au tarif plafond, **sera réduit chaque année** dans une proportion telle que l'écart entre le forfait global relatif aux soins constaté au 31 décembre de l'année précédente et le forfait résultant de l'application du tarif plafond soit diminué d'un septième en 2010, d'un sixième en 2011, d'un cinquième en 2012, d'un quart en 2013, d'un tiers en 2014, de moitié en 2015 et totalement résorbé en 2016. **A partir de 2010 jusqu'en 2016, les tarifs baisseront donc pour être ramenés au niveau plafond selon un échéancier négocié.**

Selon les chiffres du ministère, entre 600 et 700 établissements ont été identifiés comme ayant une dotation soins supérieure au tarif plafond.

Une concertation est actuellement menée par la secrétaire d'Etat aux aînés, Nora Berra, sur le processus de convergence tarifaire. Elle devrait aboutir à la parution d'une circulaire, dont l'objectif serait d'introduire davantage de souplesse dans les modalités de mise en œuvre de la réforme.

- Il faut rappeler, à l'attention de ceux qui voient en cette réforme un risque de rationnement des soins, que **la convergence se traduira par une augmentation moyenne de 35 % des ressources affectées aux 80 % d'établissements dont les dotations soins sont sous les tarifs plafonds**, sans diminution aucune des moyens alloués aux 20 % d'établissements situés au-dessus de ces tarifs. Simplement, ces derniers seront incités à accroître leur activité de façon qu'elle corresponde aux dotations qui leur sont accordées.

La remise en cause de rentes de situation n'est jamais facile à accepter pour ceux qui en bénéficient. Elle est pourtant **justifiée par la nécessité de mettre fin à la très forte hétérogénéité des ressources d'assurance maladie** mises à disposition des Ehpad pour couvrir le coût des forfaits soins.

2. La tarification à la ressource

- La convergence tarifaire s'inscrit dans **une réforme plus large, celle de la tarification des Ehpad et des unités de soins de longue durée (USLD)**. L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué **une tarification à la ressource**, proche dans son esprit de la tarification à l'activité (T2A) mise en place dans le secteur sanitaire et se substituant, progressivement, à la tarification en vigueur jusqu'à présent fondée sur les coûts historiques des facteurs de production.

L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, relatif aux règles de tarification des Ehpad et des USLD, a été profondément remanié afin de préciser que **le forfait global relatif aux soins** sera dorénavant calculé, pour chaque établissement, à partir d'un barème et de règles établis au niveau ministériel ; le forfait global **prendra ainsi en compte le niveau de dépendance moyen (le GMP) et les besoins en soins médico-techniques des résidents (le PMP** ou bien l'indice forfaitaire qui en tient lieu, dans l'attente de la « pathossification » de l'établissement).

Contrairement à la convergence tarifaire qui est d'application immédiate, il est prévu que **la tarification à la ressource entre en vigueur au 1^{er} janvier 2010**. Or, **le décret appliquant l'article 63 n'a toujours pas été pris à ce jour**, la première version ayant été rejeté par les fédérations d'établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Une nouvelle version leur a été soumise le 12 octobre dernier.

• La tarification soins

Le dernier projet de décret en date prévoit **la généralisation de la tarification globale**. En janvier 2009, d'après les données de la CNSA, environ 80 % des Ehpad avaient fait le choix du tarif partiel pour la prise en charge de leurs dépenses de soins et 20 % avaient opté pour le tarif global. Le tarif partiel prend en compte les auxiliaires médicaux salariés, les aides soignants, le médecin coordonnateur, les actes des infirmiers libéraux ou encore le matériel médical de l'établissement. Quant au tarif global, il comprend la rémunération des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement et leurs prescriptions, celle des auxiliaires médicaux libéraux, ainsi qu'une partie des actes de biologie et de radiologie et des médicaments.

Au cours des dernières années, **les pouvoirs publics ont souhaité inciter les établissements à opter pour le tarif global** qui, d'après la CNSA, « *répond aux exigences d'une plus grande coordination des soins et donc de meilleure qualité des soins prodigués aux personnes âgées accueillies en Ehpad* ». Cette tarification permet aussi de mieux tenir les enveloppes soins en incitant les Ehpad à réaliser des efforts de maîtrise des dépenses réalisées au sein de l'établissement.

Cette incitation s'est notamment traduite par une **revalorisation progressive du tarif global**. L'écart entre le tarif partiel et le tarif global, qui n'était que de 15 % avant le passage à la tarification utilisant le référentiel Pathos fin 2006, est depuis passé à 30 %.

Le projet de décret prévoit donc de généraliser la tarification globale. Les établissements n'auraient plus le choix qu'entre un tarif global « restreint » ou « large » sachant que les établissements dépassant un certain nombre de points GMPS, autrement dit ceux dont le niveau de dépendance des résidents dépasse un certain seuil, devront obligatoirement opter pour un tarif global « large ». Celui-ci intègrera « *les rémunérations des médecins généralistes ou spécialistes intervenant dans l'établissement, les actes de biologie et radiologie, ainsi que de l'emploi de psychologues* » (auparavant

pris en charge sur la section dépendance). L'emploi des psychologues serait, au contraire, exclu du forfait global « restreint ».

La mise en œuvre de la tarification à la ressource des prestations de soins des Ehpad et des USLD est l'une des principales mesures d'efficacité préconisées dans son rapport d'étape par la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque¹. Elle est cohérente avec la tarification à l'activité en milieu sanitaire et répond à un souci d'équité entre les établissements.

A terme, la généralisation de la tarification à la ressource doit permettre de surmonter les blocages introduits par un partage des coûts byzantin et peu opérationnel, comme celui qui attribue 70 % des dépenses d'aides soignants et d'aides médico-psychologiques au forfait soins et 30 % de ces mêmes dépenses au forfait dépendance. A l'avenir, un Ehpad pourra recruter ce type de personnels sans nécessairement avoir à subir un éventuel veto du conseil général puisque celui-ci attribuera sa dotation en fonction de critères de dépendance des personnes hébergées et non plus de coût des facteurs de production de la prestation offerte à ces personnes pour la prise en charge de leur perte d'autonomie.

La gouvernance de l'outil Pathos en question

Le référentiel Pathos sert à établir une « photographie » de l'état de santé d'une population de résidents à un instant « T » (grâce à l'établissement d'une « coupe Pathos » autrement dit, une étude sur la charge en soins des résidents d'un établissement) afin de déterminer les niveaux de soins nécessaires pour assurer le traitement des pathologies dont souffrent les patients.

Cet outil est actuellement l'objet de critiques en raison notamment de son mode de gouvernance. Il est en effet élaboré par des experts, en partenariat avec le service médical de la Cnam, sans que des échanges avec les professionnels du secteur médico-social ne soient organisés.

Une commission technique regroupant l'ensemble des acteurs concernés (Etat, assurance maladie, CNSA, représentants des établissements, des directeurs et des médecins gériatres et coordonnateurs) devrait prochainement travailler sur la mise en place d'une gestion plus transparente de l'outil Pathos.

• La tarification dépendance

En ce qui concerne la tarification de la dépendance, le projet de décret prévoit également **la généralisation de forfaits globaux prenant en compte le niveau de dépendance** (déterminé par le GMP). Mais à la différence de la

¹ Rapport précité.

tarification soins, associant à un calcul de points par établissement une valeur de point déterminée pour l'ensemble du territoire, la tarification de la dépendance resterait, au moins dans un premier temps, essentiellement calculée pour couvrir les charges de la dépendance de l'établissement. Ainsi, le texte proposé « *garantit (...) que la première année de son application n'entraîne aucun changement pour les établissements* » en ce qui concerne la tarification dépendance.

Le projet de décret jette aussi les bases d' « *une possible convergence départementale sur la tarification de la dépendance* » en autorisant le président du conseil général à « *déterminer une valeur cible du point pour le département* » (ce point correspondant à l'ensemble des charges nettes dépendance d'un établissement divisé par le nombre de points Gir), puis à faire converger le forfait global dépendance de l'établissement vers un forfait cible. Un encadrement est néanmoins prévu puisque la valeur cible du point ne pourra être inférieure à la moyenne de la valeur du point constatée sur l'ensemble des établissements du département.

- **La tarification hébergement**

Pour éviter les « ressauts tarifaires » des résidents tout au long de leur séjour en raison de l'annualité de la tarification (les fédérations craignent que tout ce qui ne pourrait être financé par la section soins ou dépendance se reporte sur la section hébergement, payée par les familles), le projet de décret propose que « *le tarif d'entrée des résidents continue de leur être applicable pendant toute la durée du séjour, avec une majoration annuelle au 1^{er} janvier chaque année dans la limite d'un taux fixé par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)* ».

- **Un équilibre difficile à trouver**

La réforme de la tarification est particulièrement délicate dans la mesure où toute modification de la tarification soins ou de la tarification dépendance risque d'avoir des répercussions sur le tarif hébergement avec, en corollaire, une augmentation du reste à charge pour les résidents. Or celui-ci est déjà particulièrement élevé.

Il faut donc **préserver**, autant que faire se peut, **l'étanchéité des trois sections tarifaires** issues de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 afin d'éviter que le tarif hébergement ne devienne, en quelque sorte, la variable d'ajustement.

3. L'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le tarif soins des Ehpad

Avec la tarification à la ressource, l'intégration des dépenses de médicaments dans les tarifs soins des Ehpad - qui en avaient été exclues en 2002 pour être prises en charge dans l'enveloppe soins de ville -, constitue

l'une des principales recommandations de la mission commune d'information du Sénat. Alors que dans sa version initiale, **la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009** prévoyait un retour à la situation qui prévalait avant la loi « droit des malades » de mars 2002 et la réintégration pure et simple des médicaments dans le tarif soins des Ehpad, sa version définitive prévoit que **la réintégration des médicaments dans la dotation soins des Ehpad fera l'objet d'expérimentations, sur la base du volontariat, à compter du 1^{er} janvier 2009, et pour une période n'excédant pas deux ans** (article 64). Un rapport d'évaluation de ces expérimentations et portant sur la lutte contre la iatrogénie sera remis par le Gouvernement au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2010.

L'idée force de ce nouveau mode de gestion des médicaments au sein des Ehpad est que **le risque iatrogène peut être limité en coordonnant l'action des professionnels de santé** autour du résidant, tout **en régulant la consommation de médicaments**. Il repose donc sur **l'amélioration de l'expertise pharmaceutique** grâce, notamment, à la création d'une fonction de pharmacien référent, professionnel sous contrat avec l'Ehpad. La loi précise que celui-ci suit l'application de la convention de fourniture en médicaments de l'Ehpad, concourt à l'élaboration de la liste de médicaments à utiliser préférentiellement et participe à la bonne gestion ainsi qu'au bon usage des médicaments au sein de l'établissement.

Les modalités pratiques du déroulement de l'expérimentation, qui débute cet automne, ont été précisées dans le rapport confié à Pierre-Jean Lancry, rendu public le 26 août 2009. Un panel de 360 établissements, constitué sur la base du volontariat, a été constitué afin de refléter la diversité des situations, tant en termes de statut d'établissements (public, privé non lucratif, privé commercial), que de localisation (urbaine, rurale) et de capacité d'accueil. Chaque Ehpad se verra attribuer une enveloppe, estimée à partir de sa consommation pharmaceutique du premier semestre 2009. L'évaluation de l'expérimentation se fera à partir d'indicateurs élaborés par des experts, en collaboration avec la Haute Autorité de santé (HAS), et utilisés dans le cadre des bonnes pratiques de prescription en Ehpad. L'analyse des résultats fera partie du rapport que le Gouvernement présentera au Parlement à l'automne 2010.

B. LA LOI « HPST » : UN BOULEVERSEMENT SANS PRECEDENT DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

1. Les agences régionales de santé, une chance pour le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social

- Piliers de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé (ARS) doivent permettre d'assurer une gestion transversale de l'ensemble du système de santé. Dotées de pouvoirs étendus et d'un mode

inédit de gouvernance, elles augurent d'**un bouleversement sans précédent du secteur médico-social.**

Les ARS reposent sur une vision décloisonnée de la santé. En effet, elles sont chargées non seulement de l'organisation et du financement des soins dans ses différentes composantes (soins de ville, soins hospitaliers), de la politique de santé publique dans toutes ses dimensions, mais aussi de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. **L'attribution de compétences médico-sociales** aux agences répond à la volonté de développer des passerelles entre le sanitaire et le médico-social, afin d'encourager la transversalité dans les soins et l'accompagnement des personnes dépendantes.

En rassemblant au sein d'une structure unique des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, ainsi qu'en organisant une concertation avec les conseils généraux, les ARS constituent donc une **opportunité de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social.** Ce décloisonnement, tant attendu par les acteurs de terrain, devrait permettre de prendre en compte les besoins du « patient usager » à la fois sur le plan des soins, de la réadaptation, de l'accompagnement social, de la réinsertion et de la prévention.

• Ces nouvelles instances suscitent toutefois des **inquiétudes légitimes dans le milieu médico-social.** Étant donné que rien, dans la loi, ne garantit expressément l'existence d'un pôle médico-social fort au sein de chaque ARS, une certaine marginalisation, voire « dilution », du secteur au profit du sanitaire est redoutée. Souhaitée par les acteurs médico-sociaux, la désignation d'un directeur adjoint en charge du médico-social n'est pas une obligation légale, mais une simple préconisation formulée par la ministre de la Santé lors des débats au Sénat. Tout dépendra donc de l'appétence de chaque directeur général pour le secteur et de la manière dont il entend organiser son équipe. Néanmoins, sachant qu'il devra régulièrement rendre compte de sa politique, il est peu probable qu'une éventuelle marginalisation du médico-social au sein de l'ARS passe inaperçue et ne soit pas dénoncée.

2. Une architecture de planification et de programmation médico-sociale rationalisée mais qui suscite des interrogations

Le secteur social et médico-social a une **tradition ancienne de planification.** Cependant, celle-ci est apparue **insatisfaisante** pour deux raisons principales. Tout d'abord, la planification médico-sociale ne fait pas l'objet d'une approche commune avec la planification hospitalière. Ensuite, le partage des compétences entre les conseils généraux (qui sont l'autorité de planification de droit commun) et l'Etat (qui organise à travers les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - Priacs - la création de places médico-sociales financées

par l'assurance maladie) donne lieu à deux exercices de programmation parallèles, voire parfois contradictoires.

Ce système de pilotage, complexe et éclaté, a été dénoncé à plusieurs reprises par la Cour des comptes qui recommandait dès 2005, dans son rapport consacré aux personnes âgées dépendantes, une meilleure concertation entre les représentants de l'Etat et des départements pour améliorer l'articulation des outils de planification et de programmation médico-sociale.

La loi HPST **rationalise donc l'architecture institutionnelle de planification et de programmation médico-sociale** :

- *via* le plan stratégique régional de santé, qui permettra une approche commune des exercices de planification en matière hospitalière, ambulatoire et médico-sociale centrée sur les besoins des personnes ;

- *via* le schéma régional de l'organisation médico-sociale (Srosms), élaboré par le directeur général de l'ARS, après consultation de la commission de coordination dédiée au secteur médico-social et avis des présidents de conseils généraux, qui déclinera les orientations et les objectifs du plan stratégique régional de santé pour le secteur médico-social ;

- *via* le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac), qui précisera les modalités spécifiques d'application du schéma régional en termes de création de places médico-sociales, et qui sera non plus établi par le préfet de région mais par le directeur général de l'ARS, après de la commission de coordination et avis des présidents de conseils généraux compétents.

En faisant de **la région le niveau de droit commun de la planification médico-sociale**, la loi HPST fait perdre aux départements le rôle de chef de file qu'ils jouaient jusqu'à présent. Néanmoins, les présidents de conseils généraux restent compétents pour définir les schémas relatifs aux personnes handicapés ou en perte d'autonomie, dont l'objectif est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. Ces schémas sont arrêtés après concertation avec le préfet de département et avec l'ARS dans le cadre de la nouvelle commission de coordination dédiée au secteur médico-social. Les représentants des acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département, ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu des schémas départementaux.

Cette **organisation pyramidale**, porteuse de lisibilité et de cohérence, n'est toutefois **pas sans soulever quelques interrogations**. Comment s'articuleront concrètement le schéma régional de l'ARS et les schémas départementaux des conseils généraux concernant les besoins et les réponses à apporter aux personnes handicapées et aux personnes âgées ? Ces deux échelons arriveront-ils à construire des diagnostics partagés et à s'accorder sur l'évolution de l'offre sous peine, sinon, d'avoir deux documents de planification contradictoires ? Pour éviter un tel risque, **une véritable**

dynamique de concertation entre, d'un côté, l'ARS et, de l'autre, les conseils généraux, doit se mettre en place grâce à la commission de coordination spécialisée dans le secteur médico-social.

3. La nouvelle procédure d'appel à projet

Actuellement, la procédure de création, de transformation ou d'extension d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux n'est satisfaisante ni pour les gestionnaires, ni pour les pouvoirs publics. En effet, le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms) ne joue pas son rôle de filtre, la très grande majorité des projets recueillant un avis positif même s'ils ne répondent pas aux besoins. En outre, une fois l'avis positif du Crosms reçu, beaucoup de projets ne sont pas mis en œuvre faute de financements en provenance de l'Ondam médico-social.

Afin de remédier à cette **inadéquation entre les projets des porteurs et les besoins à satisfaire**, la loi HPST a réformé la procédure d'autorisation de création de places en créant une procédure d'appel à projet dans laquelle l'initiative revient principalement aux pouvoirs publics. **L'appel à projet doit permettre de sélectionner les propositions les plus conformes aux priorités collectives définies par le projet régional de santé.** Il offre également davantage de garanties aux promoteurs, dans la mesure où, une fois retenus, les projets auront vocation à être autorisés et financés immédiatement par l'autorité publique compétente. Les Crosms sont supprimés et remplacés par une commission de sélection chargée de donner un avis sur les projets présentés.

Face à la très forte inquiétude des acteurs de terrain au sujet de l'appel à projet, des **garanties ont été apportées** :

- les représentants des usagers du secteur médico-social seront présents dans les commissions de sélection chargées d'émettre un avis sur les projets soumis à autorisation ;

- une partie des appels à projet sera réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. A côté des appels à projet « classiques » qui seront constitués d'un cahier des charges précis, sera donc instituée une procédure plus ouverte, qui laissera davantage de marge de manœuvre aux porteurs ;

- un décret en Conseil d'Etat déterminera les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, pour garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable.

Afin que l'appel à projet ne se traduise pas par une logique de « commande administrative » et que les acteurs de terrain puissent continuer à être une force de proposition innovante, il est **indispensable que le cahier des charges ne soit pas un carcan trop rigide.** D'où **l'importance du décret**, qui n'a pas encore été publié à ce jour. La CNSA, en lien avec la direction

générale de l'action sociale (DGAS), mène en effet, depuis le début de l'été, **une expérimentation de l'appel à projet** dans trois régions (la Bourgogne, le Centre et les Pays de Loire), dont les résultats serviront de base à la rédaction du décret. Par ailleurs, la CNSA a prévu d'élaborer un guide de l'appel à projet destiné aux ARS et d'établir un programme d'accompagnement des appels à projet, pour identifier les éventuelles difficultés et s'assurer de l'homogénéité des pratiques.

III. COUP DE PROJECTEUR SUR QUELQUES DEFIS DU SECTEUR

Engagé dans un mouvement de réforme et d'adaptation sans précédent, **le secteur médico-social doit faire à de nombreux défis** à l'heure où les besoins des personnes dépendantes évoluent rapidement et profondément. Parmi ceux-ci, trois semblent particulièrement prégnants :

- le premier est relatif à la crise du modèle de l'établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) « classique » qui ne semble pas suffisamment adapté à la prise en charge de personnes, dont le niveau de soins requis s'est accru ;

- le deuxième concerne la prise en charge à domicile des personnes dépendantes qui, bien qu'étant affiché comme une priorité par les pouvoirs publics, se heurte toujours à de nombreuses difficultés ;

- le troisième porte sur la politique du handicap, plus particulièrement sur la prise en charge des frais de transport des adultes handicapés et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

A. L'ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES, UN MODELE EN CRISE ?

1. Le coût très élevé du reste à charge en établissement

Alors que les besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes ne cessent d'augmenter, on observe paradoxalement dans de nombreux territoires **des difficultés en matière de taux d'occupation des structures**. En effet, le **prix important laissé à la charge de l'usager ou de sa famille** a pour conséquence un maintien à domicile de la personne âgée au mépris parfois de la nécessité de la soigner et de l'accompagner. La mission commune d'information sur la dépendance¹ estime ainsi que **près de 80% des personnes accueillies en Ehpad doivent faire appel aux ressources de leurs proches pour financer leur prise en charge**.

Déjà mis en exergue dans son rapport de 2005, la Cour des comptes note, dans son rapport 2009, que *« le problème du reste à charge pour les familles demeure entier »*. Ce constat est corroboré par une récente étude² de l'Igas qui dresse un état des lieux sévère des coûts mis à la charge des résidents ou des familles. Après avoir enquêté dans quatre départements et vingt établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, elle

¹ Rapport précité.

² Inspection générale des affaires sociales, « Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) », août 2009.

note que **la facture s'élève en moyenne à 2 200 euros par mois** mais peut atteindre **5 500 euros dans certains cas**. En outre, quelle que soit la nature des dépenses à la charge des résidents, « *il existe de fortes différences d'un établissement à l'autre* ».

Pourtant, **diverses aides publiques** existent pour limiter les dépenses supportées par les résidents en Ehpad et leurs familles : aides fiscales, aides au logement, aide sociale à l'hébergement. Mais ces trois dispositifs sont hétérogènes, attribués par des financeurs distincts (l'Etat pour les aides fiscales, la CNSA pour les aides au logement et les conseils généraux pour l'aide sociale) et non articulés entre eux. Comme la Cour, l'Igas déplore « *un ciblage insuffisant de la plupart des aides* » sur les personnes qui en ont le plus besoin, leur conférant un caractère largement anti-redistributif.

Plus globalement, la question du reste à charge repose évidemment celle du **financement de la perte d'autonomie** et de la **création d'un cinquième risque**. Tant qu'aucune réponse n'y sera apportée, le niveau du reste à charge continuera d'être une barrière à l'entrée dans les Ehpad.

2. Une offre en Ehpad insuffisamment adaptée aux besoins des personnes accueillies et de leurs familles

Dans son rapport de 2005, la Cour constatait, s'agissant des Ehpad, que « *l'offre reste globalement insuffisamment adaptée aux situations et aux besoins des personnes accueillies et de leurs familles* ». Elle avait également noté la baisse sensible, entre 1996 et 2003, des taux d'équipement des structures.

Les données communiquées par la Drees au 31 décembre 2007 lui ont permis d'actualiser son analyse dans le cadre de son rapport 2009. Elles témoignent d'une **progression globale de la capacité d'accueil entre 2003 et 2007 (3,1 %)** qui masque cependant des **évolutions contrastées**. Alors que **le nombre de places en maisons de retraite a augmenté rapidement (7,5 %)**, **le nombre de places en unités de soins de longue durée (USLD) a enregistré une nette baisse (14,7 %)**.

Evolution des capacités installées d'après les données du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess)

	31/12/2003 EHPA 2003	31/12/2007 FINESS ⁽²⁾	Evolution
Logements foyers	154 851	154 119	- 0,5 %
Maisons de retraite	434 707	467 388	7,5 %
Unités de soins de longue durée	82 337	70 232	- 14,7 %
Autres établissements ⁽¹⁾	2 887	4 291	48,6 %
TOTAL	674 782	696 030	3,1 %

Source : Drees

⁽¹⁾ Etablissements expérimentaux et hébergements temporaires et, en 2007, structures d'accueil de jour.

⁽²⁾ Y compris les capacités en accueil de jour en 2007.

En outre, l'évolution des capacités d'accueil **entre 2003 et 2007** ayant été moins rapide que celle de la population des personnes âgées de soixante-quinze ans et plus, il en résulte **une nouvelle baisse du taux d'équipement sur cette période**, forte pour les USLD et moins sensible pour les maisons de retraite.

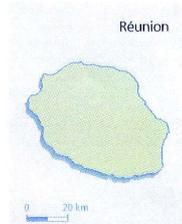
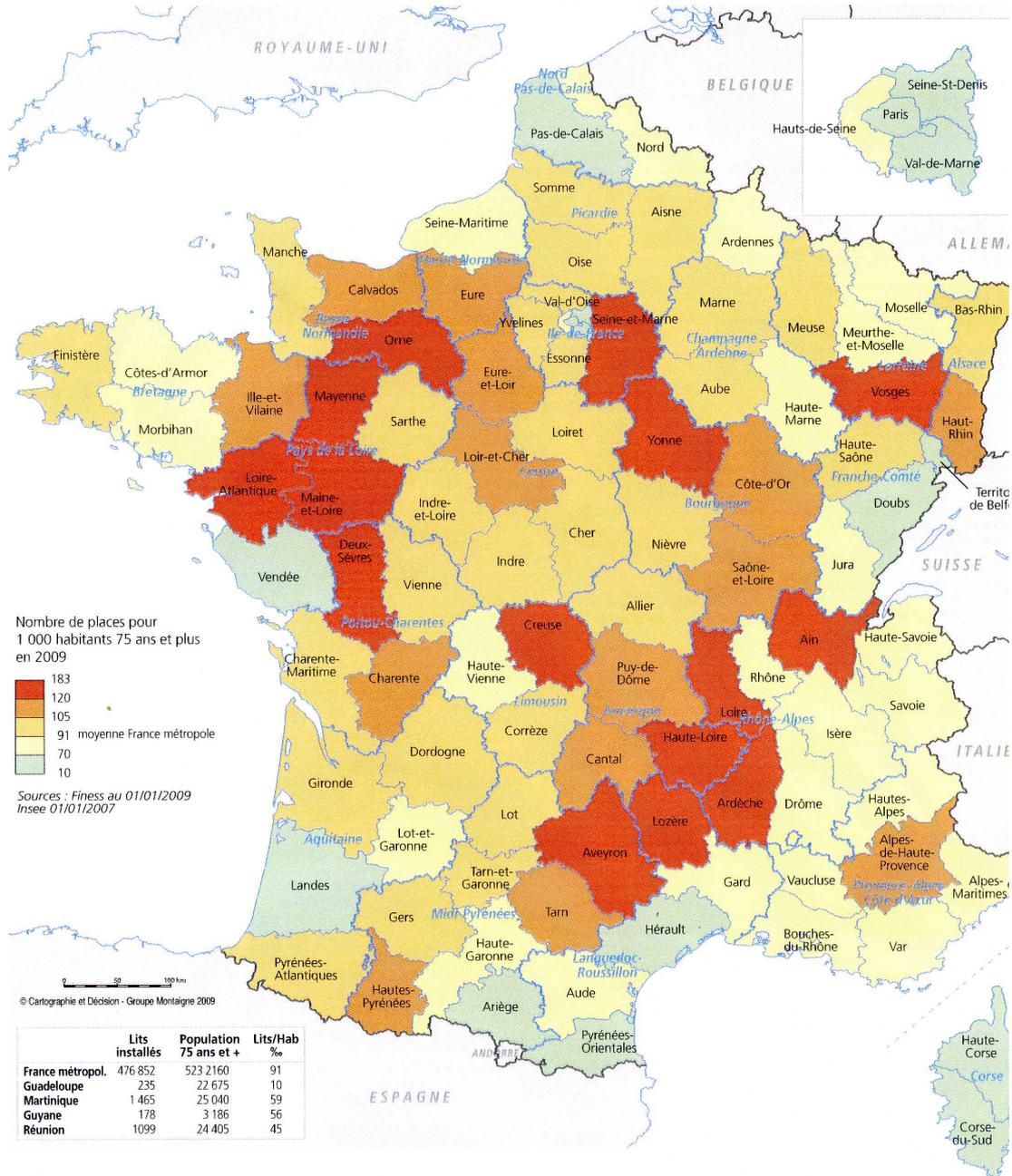
**Evolution du taux d'équipement
pour 1 000 personnes âgées de soixante-quinze ans ou plus**

	EHPA 2003	FINESS 2007
Logements foyers	33	29
Maisons de retraite	92	89
Unités de soins de longue durée	17	13
Autres établissements	1	1
TOTAL	143	133

Source : Drees

Par ailleurs, une étude de la fédération hospitalière de France (FHF) sur les dynamiques départementales de créations de places montre que **les places nouvelles sont créées très majoritairement dans des départements disposant déjà d'un taux élevé d'équipement en Ehpad** pour 1 000 habitants de plus de soixante-quinze ans. En d'autres termes, les structures d'accueil des personnes âgées dépendantes sont **très inégalement réparties sur le territoire** et ne permettent pas de répondre aux besoins réels de la population. Parmi les départements bien dotés, on peut citer la Mayenne, la Loire-Atlantique, la Seine-Maritime, les Vosges ou la Haute-Loire. Parmi les départements sous-dotés, figurent le Pas-de-Calais, le Doubs, les Landes, l'Hérault et la Vendée.

Maisons de retraite (hors foyers-logements)



3. L'indispensable réorganisation de l'offre médico-sociale sur le territoire

Les ARS auront un rôle fondamental à jouer dans **une meilleure adaptation de l'offre médico-sociale aux besoins des territoires**. Au niveau régional et dans le cadre d'un dialogue constructif entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, elles devront définir les besoins de chaque région en matière d'hébergement, de soins, de services, sur le plan quantitatif mais aussi qualitatif. C'est de cette définition des besoins médico-sociaux au niveau local que découleront les cahiers des charges des appels à projet.

En fonction des caractéristiques propres de chaque territoire, **la réponse médico-sociale apportée sera variable**. Ainsi, l'Ehpad pourra aussi bien devenir un substitut au domicile en zone rurale, accueillant des résidents assez autonomes mais choisissant un mode d'hébergement et d'accompagnement spécifique pour rompre l'isolement social, qu'un lieu de soin et d'accompagnement de fin de vie pour des résidents ne pouvant rester à domicile en raison d'un besoin de soins quotidien.

Le développement du secteur médico-social doit s'orienter, comme l'a récemment évoqué la secrétaire d'Etat aux aînés, Nora Berra, vers la création de « **plates-formes diversifiées de services** » associant des prestations d'hébergement complet, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire médicalisé, ainsi que des équipes intervenant à domicile. L'objectif consiste à susciter **une offre nouvelle structurée au sein de filières ou parcours de soins des personnes âgées**. Réfléchir à un nouveau modèle d'Ehpad, c'est donc avant tout penser son articulation avec l'offre de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), d'hospitalisation à domicile (HAD), et avec l'intervention d'équipes mobiles gériatriques et d'équipes mobiles de soins palliatifs.

B. LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE, UN SECTEUR A RÉFORMER

1. Un reste à charge financier important

En 2008, **le montant mensuel moyen du plan d'aide accordé dans le cadre de l'Apa à domicile était de 504 euros, dont 90 euros en moyenne étaient laissés à la charge du bénéficiaire**. Ce montant ne représente cependant qu'une partie du reste à charge supporté par les familles. Il conviendrait d'y ajouter, d'une part, les dépenses qui ne sont pas prises en compte dans le plan d'aide de l'Apa, d'autre part, celles supportées par des personnes âgées dépendantes qui ont décidé de ne pas recourir à l'Apa ou de n'utiliser qu'une partie du plan d'aide. Ces dépenses sont certes difficiles à évaluer, mais on constate, pour certaines catégories de bénéficiaires, un

phénomène de saturation des plans d'aide, preuve que ces derniers ne sont pas toujours suffisants pour couvrir les charges liées à la perte d'autonomie.

C'est pourquoi, la Cour des comptes recommandait en 2005¹ « d'engager une réflexion sur les moyens de mieux cibler l'effort de la collectivité, notamment en recentrant les dépenses d'Apa sur les personnes les plus dépendantes et les plus démunies ». Elle observe, en 2009², qu'**aucun progrès n'a été réalisé dans ce domaine.**

S'étant également prononcée pour **une meilleure solvabilisation des publics les plus démunis** (personnes isolées, personnes atteintes de maladies neurodégénératives) en matière de prise en charge à domicile, **la mission dépendance**³ a formulé trois propositions en ce sens :

- le relèvement ciblé des plafonds des plans d'aide pour certaines populations ;

- la revalorisation régulière des montants des plans d'aide ;

- la mise en œuvre d'un mécanisme de prise de gage sur patrimoine. Il est en effet nécessaire de concevoir un système plus équitable de prise en charge, permettant de demander un effort supplémentaire à ceux qui ont la capacité de le fournir, notamment parce qu'ils possèdent un patrimoine élevé.

Exemple de coût pour une personne en Gir 2 fréquentant un accueil de jour Alzheimer deux jours par semaine (ouvert de 9h à 16h)

Le coût mensuel pour deux jours par semaine s'établit à 806 euros dont 336 euros pour la prise en charge de la dépendance (19,61 euros/jour) et de l'hébergement (17,80 euros/jour), 153 euros pour le transport⁴, 317 euros pour la prise en charge de l'auxiliaire de vie intervenant en début de matinée avant le départ pour l'accueil de jour (1h30') et au retour de l'accueil de jour (30 minutes) soit dix-huit heures par mois.

Par ailleurs, le besoin en temps de présence des auxiliaires de vie en dehors des deux jours par semaine d'accueil de jour et en dehors des fins de semaine est de cinquante-quatre heures mensuelles (1 h 30 le matin + 1 h de repas + 1 h 30 l'après-midi).

Ainsi l'aide nette reçue par une personne en Gir 2 (872 euros) ne couvre que les deux jours en accueil temporaire et quelques heures d'auxiliaire de vie. Il reste environ 700 euros à la charge de la famille, sans présence d'auxiliaire de vie en fin de semaine.

Source : Drass de Midi-Pyrénées

¹ Cour des comptes, rapport au Président de la République, « Les personnes âgées dépendantes », novembre 2005.

² Cour des comptes, rapport public annuel 2009.

³ Rapport précité.

⁴ Ces chiffres ne tiennent pas compte de la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des frais de transport instaurée en 2007.

2. Un manque regrettable de coordination entre les intervenants à domicile

De nombreux professionnels interviennent au domicile d'une même personne âgée : aide à domicile, infirmière, aides soignants, personnels médicaux et paramédicaux. Pourtant indispensable, leur **coordination est encore lacunaire**.

Celle-ci pourrait, comme l'a recommandé la Cour des comptes, prendre la forme d' « *un système de correspondant ou d'interlocuteur unique de la personne pour les interventions à domicile* » ou d'un regroupement de services, ceux-ci étant très nombreux et très dispersés. Les réalisations en ce sens ne sont, à ce jour, pas suffisantes. Par exemple, les créations de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, assurant à la fois les prestations d'un service d'aide à domicile et celles d'un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sont restées rares : seulement quarante-deux étaient dénombrés sur l'ensemble du territoire en 2008.

3. Une régulation peu rationnelle du secteur

• La régulation du secteur des services à domicile s'exerce à travers **deux procédures, l'autorisation**, régie par la loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, **et l'agrément**, remis à plat par la loi de 2005 sur les services à la personne. Depuis une ordonnance du 1^{er} décembre 2005, les services prestataires bénéficient d'un **droit d'option** entre ces deux procédures.

Le régime de l'autorisation et le régime de l'agrément relèvent non seulement d'autorités distinctes (le conseil général pour le premier, la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle - DDTEFP - pour le second), mais ils sont en outre soumis à des modes de tarification¹ et de contrôle différents.

Difficilement compréhensible pour les usagers et les services eux-mêmes, **ce système n'est pas satisfaisant** pour plusieurs raisons :

- il **ne permet pas de rationaliser l'offre**. En effet, la décision d'autorisation doit tenir compte du schéma gérontologique et du schéma régional d'organisation médico-sociale, tandis que l'agrément est délivré sans ce type de référence ;

- il laisse aux gestionnaires de services à domicile le choix entre deux procédures qui n'imposent **pas les mêmes exigences en termes de qualité** ;

¹ Les tarifs des services prestataires ayant opté pour l'agrément sont fixés librement dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisme et le bénéficiaire. Ces prix varient dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté. En revanche, les services autorisés sont tarifés par l'autorité qui délivre l'autorisation, c'est-à-dire le président du conseil général.

- il favorise **la pratique de tarifs différents** et pose, en définitive, **la question de l'égalité de traitement** des personnes bénéficiaires de services à domicile.

• Prenant acte de ces dysfonctionnements, le Gouvernement entend d'une part, **simplifier le cadre juridique des services à domicile**, d'autre part, **réformer le système de tarification**.

Sur la réforme de la procédure, aucune solution n'est privilégiée pour le moment, même si un récent rapport de l'Igas¹ préconise de supprimer le régime d'autorisation. Le choix de ne laisser subsister que le régime de l'agrément serait justifié par le fait qu'il « *recouvre un champ d'activités plus large et un éventail plus diversifié que l'autorisation* ». De son côté, la direction générale des affaires sociales (DGAS) s'est déclarée plutôt défavorable à la suppression de l'autorisation qui « *priverait les départements d'un outil utile à la mise en œuvre des responsabilités qui leur ont été confiées en matière de politique gérontologique* ». En outre, la procédure d'autorisation semble mieux à même de garantir un service de qualité, adapté aux besoins réels de la population âgée dépendante.

4. Un système de tarification mal adapté aux besoins des patients

• La tarification actuelle des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) n'est **pas ajustée aux besoins des patients** et conduit à une **mauvaise allocation des ressources**.

Une enquête lancée en 2007 auprès de trente-six Ssiad intervenant auprès de plus de 2 000 patients a contribué à une meilleure connaissance de leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, ainsi que des déficiences et pathologies prises en charge².

Les résultats de l'étude montrent :

- que pour la majorité des Ssiad, le coût moyen par bénéficiaire est proche du coût moyen de référence pour les créations de places (10 525 euros contre 10 500 euros) ;

- qu'il existe des disparités fortes puisque un tiers des Ssiad a une dotation par patient inférieure au coût moyen de leurs patients tandis qu'un autre tiers a une dotation supérieure à leur coût moyen (coût par patient variant de 1 136 euros à 36 659 euros) ;

- que l'actuelle tarification n'est pas ajustée aux besoins des patients : elle n'incite pas à la prise en charge des personnes qui en ont pourtant le plus besoin.

¹ Inspection générale des affaires sociales (Igas), « Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées », juillet 2009.

² « Les patients en service de soins infirmiers à domicile. Le coûts de leur prise en charge et ses déterminants », sous la direction de Karine Chevreul, Unité de recherche en économie de la santé, Documentation française, 2009.

En conclusion, l'étude plaide pour **un outil de mesure de la charge en soins des patients et un référentiel de coûts** permettant de tarifier les Ssiad selon leur activité réelle. Il s'agit d'abandonner le «forfait patient lourd», évoqué dans le cadre du Plan Solidarité-Grand Age, au profit d'une réforme plus globale de la tarification des Ssiad.

• Sur la base de ces conclusions, la secrétaire d'Etat aux aînés, Nora Berra, prépare actuellement **une réforme de la tarification des Ssiad**. Celle-ci doit permettre d'assurer :

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

- une allocation plus juste des ressources entre Ssiad, en fonction notamment de la charge en soins et des coûts de la structure ;

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

Elle repose sur un **modèle dit de tarification mixte per capita** qui comprend :

- un financement pour les coûts de structure ;

- un financement variable par patient, adapté à ses besoins.

Un décret devrait paraître avant la fin de l'année, cette réforme ne relevant pas du domaine réglementaire. Le nouveau système de tarification fera l'objet d'une expérimentation sur un échantillon restreint de Ssiad en 2010, puis sera étendu à l'ensemble des services en 2011.

C. DEUX ENJEUX DE LA POLITIQUE DU HANDICAP

1. La prise en charge des frais de transport des adultes handicapés

• Le code de la sécurité sociale limite la prise en charge des frais de transport aux assurés se trouvant dans l'obligation de se déplacer soit vers des structures de soins pour recevoir des soins ou subir des examens appropriés, soit pour se soumettre à un contrôle médical.

Compte tenu de cette restriction, un certain nombre de caisses primaires d'assurance maladie (**CPAM**) ont **accepté** pendant de nombreuses années **de prendre en charge, au titre de leur action sociale, les frais de transport** vers certains établissements pour adultes handicapés, notamment les maisons d'accueil spécialisées¹ (Mas).

¹La loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées a créé un nouveau type d'établissement, les maisons d'accueil spécialisées (MAS). Il s'agit d'établissements ou de services destinés à recevoir des personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

A ce premier mode de prise en charge par les CPAM est venu s'ajouter un second, lors de l'instauration de la prestation de compensation du handicap¹ (PCH) par la loi Handicap du 11 février 2005. La PCH² prend en effet en charge les surcoûts liés aux transports réguliers ou fréquents des personnes handicapées.

- Cependant, la **conjugaison de ces deux modalités** de prise en charge s'est révélée **problématique** pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, l'instauration de la PCH a conduit certaines CPAM à revoir leurs pratiques en matière de prise en charge des frais de transport des personnes handicapées accueillies en établissements et services médico-sociaux. Les caisses locales interprétant différemment l'articulation entre la nouvelle prestation et leur propre intervention, des **inégalités de prise en charge** ont pu être constatées sur le territoire.

Il est apparu ensuite que l'élément « frais de transports » de la PCH n'était pas adapté à toutes les situations individuelles. En effet, la prise en charge des frais de transport par la PCH, à la différence de celle de l'assurance maladie, est plafonnée à 200 euros par mois, alors que les frais encourus peuvent, dans le cas de transports médicalisés ou quotidiens, atteindre 1 500 euros par mois. En conséquence, certaines personnes handicapées ou leurs familles se sont vues exposées à des **restes à charge importants**.

Enfin, la prise en charge des transports sur une base individuelle engendre une **très faible mutualisation** de ces derniers, là où plusieurs trajets pourraient parfois être regroupés sans pour autant remettre en cause leur qualité.

- Pour éviter une rupture de la prise en charge, le Gouvernement a demandé, dès le printemps 2007, à la Cnam de donner instruction aux CPAM de maintenir leur prise en charge chaque fois que nécessaire. A cette occasion, il a été rappelé que la PCH a été conçue non pour se substituer aux prises en charge existantes, mais pour les compléter.

Les problèmes d'articulation persistant, la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité a réuni, le 23 janvier 2009, **un groupe de travail** rassemblant l'assurance maladie, les conseils généraux, la CNSA, les services de l'État et les associations de personnes handicapées, afin de proposer, d'ici au 30 juin 2009, « *un dispositif rénové et pérenne d'organisation des transports et de prise en charge des frais afférents, qui permette de prendre en compte la*

¹ La prestation de compensation du handicap est ouverte aux adultes handicapés à domicile depuis janvier 2006. Elle a été étendue par décret aux adultes handicapés en établissements en février 2007, puis aux enfants handicapés à domicile et en établissement en avril 2008. Elle est versée par les départements, sur décision des commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) créées au sein des maisons départementales des personnes handicapées.

² Plus précisément le troisième des cinq éléments qui composent la prestation, intitulé « frais de transports ».

totalité et la diversité des situations vécues par les familles et les personnes handicapées ».

Dans l'attente de la mise en place de ce nouveau dispositif, la Cnam a, quant à elle, adressé une nouvelle instruction à ses caisses locales pour garantir la poursuite de la prise en charge des frais de transport dans les conditions actuelles et les inviter à examiner attentivement toutes les situations individuelles.

• Remis en juillet dernier, le rapport du groupe de travail¹ dresse un **constat sévère sur le système de prise en charge** qualifié de « *producteur d'inégalités, producteur de restes à charge pour les usagers et leur famille, coûteux, pas toujours efficace, peu responsabilisant et peu lisible* ». Ce constat implique de **réformer le dispositif en tenant compte de la diversité des établissements médico-sociaux**.

S'appuyant sur les recommandations du rapport, le Gouvernement a décidé de **réformer, dans un premier temps, la prise en charge des frais de transport des personnes adultes handicapées admises en accueil de jour dans les Mas et les Fam** (foyers d'accueil médicalisés). Le groupe a en effet identifié ces personnes comme « *public prioritaire, dont le projet de vie est compromis en l'absence de prise en charge des frais de transport entre leur domicile et l'établissement qui les accueille* ».

Ainsi, **l'article 33** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit que cette prise en charge s'effectuera *via* une **intégration des charges de transport au budget de fonctionnement des Mas et Fam**.

Cette solution présente en effet plusieurs avantages :

- la simplification des démarches pour les usagers et leurs familles ;
- la possibilité, pour le directeur, de lancer des appels d'offre et ainsi, permettre une plus grande mise en concurrence des prestataires ;
- la mutualisation des transports entre résidents.

• Cette mesure est une **avancée majeure** pour les personnes handicapées, qui mérite d'être saluée. Elle n'est toutefois qu'une **première étape** dans un processus de réforme qui devra, à terme, également concerner les CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce), les CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques), les Esat (établissements et services d'aide par le travail), ainsi que les établissements et services médico-sociaux à agrément régional ou national.

¹ Rapport du groupe de travail « frais de transport des personnes en situation de handicap », juillet 2009.

2. Les maisons départementales des personnes handicapées : un fonctionnement à améliorer

Créées par la loi Handicap du 11 février 2005 sous la forme d'un groupement d'intérêt public (Gip), les MDPH ont été conçues pour être l'interlocuteur unique des personnes handicapées et les accompagner dans leurs démarches.

Après trois années d'exercice et malgré les progrès réalisés en matière d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées, les MDPH sont confrontées à **plusieurs difficultés**¹ :

- l'instabilité des personnels mis à disposition par l'Etat ;
- la diversité de leurs statuts qui empêche l'émergence d'une « culture commune » ;
- la disparité dans le taux d'acceptation des dossiers d'une MDPH à l'autre ;
- la prise en compte insuffisante des souhaits de la personne handicapée dans la construction de son projet de vie ;
- surtout, l'insuffisance de garanties à court terme sur les moyens financiers.

Pour remédier à ces dysfonctionnements, le Gouvernement envisage d'une part, la transformation du Gip en établissement public administratif départemental (Epad), d'autre part, la stabilisation des personnels de l'Etat mis à disposition grâce à l'instauration d'un droit d'option d'un an leur permettant de choisir entre un retour dans leur administration d'origine, une intégration dans la fonction publique territoriale d'Etat ou un détachement sans limitation de durée.

En vue d'une prochaine réforme des MDPH, **les préconisations de la commission des affaires sociales du Sénat constituent une base de travail extrêmement riche et pertinente** qu'il conviendra évidemment d'exploiter.

¹ « Les maisons départementales des personnes handicapées sur la bonne voie : premier bilan, quatre ans après la loi du 11 février 2005 » - Rapport Sénat n° 485 (2008-2009) – Paul Blanc et Annie Jarraud-Vergnolle, rapporteurs, au nom de la commission des affaires sociales.

Les recommandations de la commission des affaires sociales

Elles s'articulent autour de **quatre axes principaux** :

• **Confirmer la priorité accordée à l'accueil et faciliter les démarches des personnes handicapées :**

- en élargissant la durée d'ouverture des MDPH au public et des permanences téléphoniques et en renforçant les moyens en personnels dédiés à l'accueil ;
- en généralisant la mise en place d'un numéro d'accueil gratuit ;
- en achevant la modernisation du système de traitement et de saisie des demandes pour faciliter leur suivi et l'information des usagers.

• **Adapter la PCH** en prenant davantage en compte les aides ménagères et en l'adaptant mieux aux besoins spécifiques des enfants.

• **Renforcer les moyens des équipes pluridisciplinaires et de la commission des droits et de l'autonomie pour améliorer l'instruction des demandes :**

- en poursuivant les opérations de réduction des stocks de dossiers en attente ;
- en développant l'utilisation de la procédure simplifiée et en favorisant la mise en place de formations restreintes, de sections spécialisées ou géographiques de la CDAPH ;

- en simplifiant le traitement des cartes de stationnement, d'invalidité et de priorité et en étudiant la possibilité de les regrouper en un seul document ;

- en privilégiant le traitement amiable des litiges et en assurant la pluridisciplinarité et l'équité des décisions prises par les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) et les cours nationales de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (Cnitaat) ;

• **Stabiliser l'organisation et les moyens des MDPH :**

- en étudiant la possibilité de maintenir le Gip et de l'aménager pour garantir la stabilité des personnels et une meilleure vision à moyen terme des financements ;

- en prévoyant l'éventuelle évolution du statut des MDPH en vue de la mise en place des futures maisons de l'autonomie ;

- en proposant aux agents mis à disposition par l'Etat d'opter, dans un délai d'un an, soit pour leur intégration à la fonction publique territoriale, soit pour leur détachement pour une durée déterminée fixée par convention soit, si cela est possible, pour leur affectation aux MDPH, en conservant leur statut d'origine.

Source : rapport d'information précité, Sénat n° 485 (2008-2009)