

N° 83

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 novembre 2014

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2015**,*

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

Tome III :
Secteur médico-social

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

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 2252, 2298, 2303 et T.A. 414

Sénat : 78 et 84 (2014-2015)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.....	5
AVANT-PROPOS	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL	9
I. LE BUDGET DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE	9
A. LE DÉROULEMENT DE LA CAMPAGNE BUDGÉTAIRE 2014 ET LES PERSPECTIVES POUR 2015.....	9
1. <i>Un exercice budgétaire 2014 marqué par de fortes contraintes pesant sur le respect de l'Ondam</i>	<i>9</i>
2. <i>La poursuite de la décélération du rythme de progression de l'Ondam médico-social et de l'OGD en 2015</i>	<i>10</i>
3. <i>Un objectif global de dépenses mieux consommé et des réserves en diminution continue</i>	<i>12</i>
a) <i>L'amélioration du niveau de consommation de l'OGD</i>	<i>12</i>
b) <i>L'épuisement progressif des réserves de la CNSA.....</i>	<i>12</i>
B. LES PRINCIPAUX CHAMPS D'ACTION DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE	14
1. <i>Le financement des établissements et services médico-sociaux.....</i>	<i>14</i>
a) <i>Les créations de places dans les secteurs des personnes âgées et handicapées.....</i>	<i>14</i>
b) <i>Le renforcement des moyens alloués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....</i>	<i>17</i>
c) <i>La contribution de l'objectif global de dépenses au financement du fonds d'intervention régional.....</i>	<i>18</i>
2. <i>Les autres actions relatives à la prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie</i>	<i>19</i>
a) <i>La contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des allocations individuelles de solidarité</i>	<i>19</i>
b) <i>Le financement des maisons départementales des personnes handicapées</i>	<i>20</i>
3. <i>L'aide à l'investissement dans les structures médico-sociales.....</i>	<i>21</i>
a) <i>Des besoins criants de modernisation des structures.....</i>	<i>21</i>
b) <i>Des perspectives floues pour 2015 et les années suivantes.....</i>	<i>21</i>
C. LA QUESTION RÉCURRENTTE DE L'UTILISATION DU PRODUIT DE LA CONTRIBUTION ADDITIONNELLE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE.....	22
1. <i>Une ressource dynamique jusqu'à présent en grande partie détournée de son objectif premier.....</i>	<i>22</i>
2. <i>Les perspectives ouvertes par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement</i>	<i>22</i>

II. L'URGENCE D'UN « CHOC DE SIMPLIFICATION » DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	24
A. S'ATTAQUER RÉSOLUMENT AU CHANTIER DE LA TARIFICATION	24
1. <i>L'absence d'avancées significatives depuis plusieurs années</i>	24
a) Le contre-exemple de la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile	24
b) Un processus de réforme qui peine à s'engager s'agissant des personnes handicapées.....	24
c) Les évolutions qui restent à construire concernant la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	25
2. <i>Les conditions de la réussite</i>	26
a) Faire des études nationales de coûts de véritables outils d'aide à la décision	26
b) Renforcer le caractère pluriannuel des financements	27
B. ASSURER UNE MEILLEURE COORDINATION DES ACTEURS	27
1. <i>Faciliter la coordination en faisant confiance aux acteurs de terrain</i>	27
a) La nécessité d'une plus grande coordination	27
b) Les expérimentations relatives aux parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie	28
2. <i>Clarifier les responsabilités de chacun des acteurs</i>	29
a) Limiter le nombre d'interlocuteurs des usagers.....	29
b) Affirmer la place des départements dans la gouvernance du secteur médico-social.....	30
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	33

Les observations du rapporteur du secteur médico-social

Fixé à **2,2 %** pour l'année 2015, le taux de progression de l'**Ondam médico-social** est désormais quasiment aligné sur celui des autres dépenses d'assurance maladie. Son niveau s'établira à **17,9 milliards d'euros** l'année prochaine, l'**objectif global de dépenses** (OGD) devant quant à lui s'élever à **19,2 milliards d'euros**.

Les **476 millions d'euros de crédits supplémentaires** alloués au secteur médico-social en 2015 devront permettre, outre le renforcement des moyens existants, l'achèvement du processus de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), la poursuite de l'ouverture du tarif global dans ces établissements et celle des plans de créations de places.

Tout en notant la forte décélération du rythme d'augmentation de l'Ondam médico-social et de l'OGD, votre rapporteur estime raisonnable, au regard des contraintes fortes qui pèsent sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, le niveau des enveloppes fixé pour 2015.

Il n'en demeure pas moins attentif à la **méthode de construction de l'OGD**, qui puise sur des réserves de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en voie d'épuisement et ne doit pas reposer de façon démesurée sur le produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

A ce titre, il a présenté devant la commission des affaires sociales **un amendement** tendant à limiter au seuil minimal fixé par la loi la contribution de la CSA à l'OGD, afin que puisse être renforcé le taux de couverture par la caisse des dépenses relatives à la prestation de compensation du handicap (PCH).

Un autre amendement, adopté sur sa proposition, a pour objet de supprimer les dispositions de l'article 53 du PLFSS pour 2015 prévoyant d'asseoir la contribution de la CNSA au financement de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et l'agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH), sur le seul produit de la CSA et non sur l'OGD dans son ensemble.

Votre rapporteur se satisfait de ce que le produit de la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie** (Casa) soit entièrement affecté au budget de la CNSA en 2015.

A son initiative, la commission des affaires sociales a adopté **un amendement** visant à inscrire dans la loi l'engagement du Gouvernement d'utiliser la partie du produit de la Casa qui ne sera pas consacrée au financement du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement à la mise en œuvre d'un plan pluriannuel d'investissement sur la période 2015-2017. Dans l'hypothèse d'une adoption du projet de loi à la mi-2015, ce sont un peu plus de 100 millions d'euros par an qui pourraient être destinés à ce plan.

Mesdames, Messieurs,

Après avoir significativement contribué à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie en 2014, l'Ondam médico-social verra sa progression pratiquement alignée sur celle de l'Ondam général en 2015. Fixé à un niveau de 17,9 milliards d'euros pour l'année prochaine, il devrait en effet croître de 2,1 % dans le secteur des personnes âgées et de 2,2 % dans celui des personnes handicapées. L'objectif global de dépenses (OGD) s'élèverait quant à lui à 19,2 milliards d'euros.

Au regard des contraintes fortes qui pèsent sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, votre rapporteur se satisfait que puissent être poursuivies les ouvertures de places, que soit mené à terme le processus de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et que la réouverture du tarif global dans ces établissements soit confortée. Il n'en demeure pas moins attentif à une méthode de construction de l'OGD qui devrait conduire à l'épuisement rapide des réserves de la CNSA et ne doit pas peser de façon démesurée sur le produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

En 2015, l'ensemble du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) devrait être affecté au budget la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Votre rapporteur salue cette perspective qui permettra de mettre fin au détournement systématique dont a fait l'objet cette contribution depuis sa création. Il reste cependant vigilant à ce que la part du produit de la Casa qui ne servira pas en 2015 au financement du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement puisse être effectivement consacrée à la mise en œuvre d'un plan pluriannuel d'investissement dans le secteur, comme cela a été annoncé par le Gouvernement.

Votre rapporteur souligne par ailleurs la nécessité d'engager au plus vite un « choc de simplification » dans le secteur médico-social. Qu'il s'agisse du financement des structures ou de la coordination entre les différents acteurs amenés à intervenir auprès des personnes handicapées ou en situation de perte d'autonomie, nombreuses sont les améliorations qui peuvent être apportées pour renforcer la lisibilité et la qualité des actions menées. Deux chantiers apparaissent, à ce titre, prioritaires : mener à bien les études de coûts lancées dans le secteur et renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information.

Ce choc de simplification doit également concerner la gouvernance du secteur médico-social. Aux yeux de votre rapporteur, les conseils généraux ont su faire preuve de leur compétence et constituent aujourd'hui les maillons indispensables à la construction de parcours de vie adaptés aux besoins des plus fragiles. Ils doivent être davantage soutenus dans l'exercice de leurs missions et leur rôle de chef de file devra être clairement réaffirmé au moment de l'examen par notre Haute Assemblée du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

I. LE BUDGET DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

A. LE DÉROULEMENT DE LA CAMPAGNE BUDGÉTAIRE 2014 ET LES PERSPECTIVES POUR 2015

1. Un exercice budgétaire 2014 marqué par de fortes contraintes pesant sur le respect de l'Ondam

Le Parlement a voté un **Ondam médico-social de 17,6 milliards d'euros pour 2014**, en hausse de 3 % par rapport à l'année 2013. L'**objectif global de dépenses (OGD)** a quant à lui connu une augmentation de 3,2 % pour s'établir à **18,8 milliards d'euros**. L'Ondam médico-social a ainsi été alimenté à hauteur d'un peu plus de 1,1 milliard d'euros par une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de 70 millions d'euros par les réserves de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Comme les années précédentes, le secteur médico-social a contribué aux **mesures de mises en réserve** destinées à éviter tout risque de dépassement de l'Ondam dans son ensemble¹. Les 49 millions d'euros du plan d'aide à l'investissement (PAI) voté en loi de financement ainsi que 93 millions d'euros de l'OGD ont été gelés en début d'exercice.

Compte tenu du risque de dépassement de l'Ondam dû à l'accélération des dépenses de médicaments liée à diffusion de nouveaux traitements contre l'hépatite C, 100 millions d'euros de crédits mis en réserve seront annulés en fin d'année. L'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 rectifie ainsi le niveau de l'Ondam médico-social : celui-ci passe de 17,6 milliards d'euros votés en loi de financement pour 2014 à 17,5 milliards d'euros.

Cette annulation de crédits s'ajoute à celle de 43 millions d'euros intervenue à l'été 2014 lors de l'adoption de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale².

Au total, l'OGD aura contribué à hauteur de 0,76 % de son montant à la régulation des dépenses d'assurance maladie en 2014. Votre rapporteur note que ce niveau est bien supérieur à celui de 0,3 % de réserves prudentielles prévu par la loi pour l'ensemble des dépenses d'assurance maladie. **Il en conclut que le principe de fongibilité asymétrique, qui doit permettre de préserver le niveau des crédits alloués au secteur médico-social, n'est, une fois de plus, pas respecté.**

¹ Le III de l'article 10 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 prévoit en effet que « une partie des dotations relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, représentant au moins 0,3 % de cet objectif, est mise en réserve au début de chaque exercice ».

² Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

En outre, l'appréciation relativement positive portée l'année dernière par le Parlement sur la progression de l'Ondam médico-social pour 2014 doit désormais être nuancée. De même, il convient aujourd'hui d'évaluer la hausse des crédits prévue en 2015 au regard des débasages intervenus en 2014.

2. La poursuite de la décélération du rythme de progression de l'Ondam médico-social et de l'OGD en 2015

L'article 55 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 fixe à 8,7 milliards d'euros le niveau de l'enveloppe destinée aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées et à 9,2 milliards d'euros celui de l'enveloppe destinée aux personnes handicapées. L'Ondam médico-social connaîtra donc **une progression de 2,2 %** l'année prochaine, égale à celle du sous-objectif soins de ville et très légèrement supérieure à celle de l'Ondam global, fixée à 2,1 %.

L'année 2015 marque par conséquent le réalignement du rythme de progression de l'Ondam médico-social sur celui de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

En 2015, le Gouvernement prévoit d'abonder l'Ondam médico-social à hauteur de 1,2 milliard d'euros par une fraction du produit de la CSA. 348 millions d'euros seront destinés aux structures pour personnes handicapées et 994,4 millions d'euros à celles pour personnes âgées.

Doivent s'y ajouter 110 millions d'euros prélevés sur les réserves de la CNSA. Ce prélèvement, s'il n'est pas inédit (il était de 70 millions d'euros en 2014), n'en demeure pas moins inhabituel et doit conduire à s'interroger sur la façon dont sont construites les enveloppes de financement d'une année sur l'autre.

Votre rapporteur craint en effet que le niveau des réserves de la CNSA ne constitue une variable d'ajustement commode pour afficher un taux d'évolution de l'Ondam médico-social « responsable » sans pour autant freiner de façon réellement significative la progression des dotations allouées aux établissements et services médico-sociaux. Or un tel abondement ne lui apparaît pas soutenable dans le contexte d'assèchement progressif des réserves de la CNSA.

Dans l'hypothèse, plus que probable, où l'Ondam médico-social devra continuer de contribuer de façon soutenue à la régulation des dépenses d'assurance maladie, il apparaît indispensable à votre rapporteur que le Gouvernement puisse être en mesure de présenter au Parlement des éléments bien plus précis sur les hypothèses de construction de celui-ci au regard des prévisions d'évolution spontanée des dépenses.

En tout état de cause, l'OGD devrait s'établir en 2015 à **19,2 milliards d'euros**, en hausse de 2,5 % par rapport à 2014.

Au total, ce sont **476 millions d'euros de moyens supplémentaires** qui seraient alloués aux établissements et services pour personnes âgées et handicapées en 2015. Ces financements supplémentaires seraient répartis de la façon suivante :

- 100 millions d'euros seraient consacrés à la poursuite du processus de médicalisation et 10 millions d'euros à la réouverture du tarif global dans les Ehpad ;

- 145 millions d'euros seraient consacrés aux plans de créations de places dans le secteur des personnes handicapées, auxquels s'ajouteraient 21,4 millions d'euros destinés à la mise en œuvre du plan autisme 2013-2017 ; s'agissant des personnes âgées, 47,4 millions d'euros doivent permettre l'achèvement des plans solidarité grand âge et Alzheimer ainsi que le lancement du plan maladies neuro-dégénératives ;

- le reste de l'enveloppe devrait assurer une revalorisation de 0,8 % des moyens existants dans les structures ; l'objectif est de tenir compte du glissement vieillesse technicité (GVT) et de la professionnalisation des salariés ; inférieur à celui de l'année dernière, qui s'établissait à 1 %, ce taux n'en apparaît pas moins raisonnable dans un contexte de faible inflation.

Figure n° 1 : Evolution de l'Ondam médico-social et de l'OGD sur la période 2009-2015

Ondam médico-social											
	2009		2010		2011		2012		2013		2014
	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté
Personnes âgées	6 417	6 267	7 270	7 170	7 587	7 587	8 045	8 045	8 389	8 389	8 609
Personnes handicapées	7 727	7 727	7 941	7 947	8 252	8 252	8 444	80 444	8 736	8 736	9 024
Total	14 144	13 994	15 211	15 118	15 839	15 839	16 489	88 489	17 124	17 124	17 633
Objectif global de dépenses											
	2009		2010		2011		2012		2013		2014
	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté	Montant exécuté	Montant arrêté
Personnes âgées	7 592	7 250	8 182	7 960	8 547	8 302	8 925	8 736	9 261	9 105	9 511
Personnes handicapées	8 010	8 066	8 204	8 304	8 503	8 478	8 703	8 719	9 001	9 056	9 323
Total	15 602	15 316	16 386	16 264	17 050	16 779	17 628	17 455	18 261	18 161	18 834

3. Un objectif global de dépenses mieux consommé et des réserves en diminution continue

a) *L'amélioration du niveau de consommation de l'OGD*

Au cours des dernières années, chaque examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale a été l'occasion pour le Parlement de s'émouvoir de **la sous-consommation récurrente de l'OGD**. Il apparaissait en effet particulièrement regrettable que celui-ci vote chaque année un objectif de dépenses ne se traduisant qu'en partie par l'augmentation effective des moyens alloués aux établissements et services médico-sociaux.

La budgétisation des crédits en autorisations d'engagement et crédits de paiement (AE/CP), la publication plus précoce de la circulaire budgétaire ainsi que le déploiement de l'application HAPI (harmonisation et partage de l'information), qui permet d'assurer un suivi plus fin des dotations, contribuent aujourd'hui à **améliorer le niveau de consommation** des enveloppes.

Selon les informations fournies par la CNSA, à la date du 26 octobre 2014, le taux de consommation des crédits était supérieur à 97 % de l'OGD dans le champ des personnes âgées et à 98 % dans celui des personnes handicapées. L'essentiel des sommes restant à distribuer étaient des crédits de médicalisation ainsi que des crédits non reconductibles (CNR), destinés principalement au soutien à l'investissement et à des dépenses ponctuelles de personnel.

b) *L'épuisement progressif des réserves de la CNSA*

La sous-consommation chronique de l'OGD avait conduit à **la constitution de réserves importantes au sein du budget de la CNSA**. En 2008, leur niveau était ainsi supérieur à un milliard d'euros. Le fait que l'OGD soit désormais mieux consommé empêchera à l'avenir la reconstitution de niveaux de réserves aussi importants, ce qui est en soi positif. La CNSA se trouve cependant confrontée à un nouvel enjeu qui est celui de **l'épuisement prévisible de ses réserves** qui pourrait intervenir dans un délai relativement court.

Les réserves de la CNSA sont en effet régulièrement utilisées, soit pour la mise en œuvre de mesures ponctuelles¹, soit pour venir compléter de façon récurrente les enveloppes de financement (contribution à l'OGD) ou pallier le gel systématique du plan d'aide à l'investissement (PAI).

¹ En 2012, 170 millions d'euros sont venus alimenter un fonds exceptionnel de soutien aux départements en difficulté, géré par la CNSA pour le compte de l'Etat. 50 millions d'euros ont par ailleurs été utilisés pour le financement du fonds de restructuration des services d'aide à domicile.

A la fin de l'année 2013, le niveau des réserves de la CNSA s'établissait à 437,5 millions d'euros. Le prochain conseil de la caisse, prévu le 18 novembre prochain, devrait prendre acte d'un résultat déficitaire pour l'année 2014 de 160,5 millions d'euros. Ce déficit se décompose de la façon suivante :

- 70 millions d'euros sont dus à l'apport de réserves de la CNSA pour la construction de l'OGD 2014 ;

- 70 millions d'euros ont été utilisés pour financer le plan d'aide à l'investissement ;

- 13 millions d'euros correspondent à la perception de recettes moindres qu'anticipé de la part de la CNSA ;

- 7,5 millions d'euros ont été prélevés pour financer les emplois d'avenir.

Le niveau des fonds propre de la CNSA s'établirait donc à la fin de l'année 2014 à 277 millions d'euros. L'année 2015 devrait également conduire à une diminution des réserves de la CNSA. Comme cela a été indiqué précédemment, celles-ci doivent contribuer à hauteur de 110 millions d'euros à la construction de l'OGD. La CNSA anticipe par conséquent un déficit prévisionnel en 2015 de 116,6 millions d'euros, portant le niveau des réserves à 160,4 millions d'euros.

Figure n° 2 : Evolution du niveau des réserves de la CNSA

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Résultat	298	56	- 474	- 292	223	- 22	- 11	- 161
Réserves	958	1014	540	248	471	449	438	277

Source : CNSA

Ces prévisions montrent qu'à très court terme, les réserves de la CNSA pourraient être épuisées. Cette situation posera la question de la construction de l'OGD dont il est à nouveau prévu qu'il repose en 2015 sur un apport de réserves de la CNSA. Elle impliquera également que soient mis fin à des prélèvements qui n'ont pas de rapport avec le cœur de compétences de la CNSA.

B. LES PRINCIPAUX CHAMPS D'ACTION DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

1. Le financement des établissements et services médico-sociaux

a) Les créations de places dans les secteurs des personnes âgées et handicapées

Une grande partie des crédits de l'OGD doit permettre la poursuite des plans de créations de places dans les secteurs personnes âgées et personnes handicapées.

S'agissant du plan solidarité grand-âge et du plan pluriannuel pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées, lancés respectivement en 2007 et 2008, la distribution des crédits devrait se poursuivre jusqu'en 2016. S'ajoutent à ces mesures la mise en œuvre du troisième plan autisme, sur la période 2013-2017, ainsi que la poursuite du plan Alzheimer, désormais étendu à l'ensemble des maladies neuro-dégénératives.

Comme chaque année, la CNSA a dressé un bilan quantitatif et qualitatif des différents plans lors de son conseil du 8 juillet dernier.

Dans le champ des **personnes âgées**, la CNSA souligne la persistance des déséquilibres observés les années précédentes : les places d'Ehpad ont été privilégiées au détriment des autres structures, notamment des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et de l'accueil temporaire, qui demeurent trop peu développés. S'agissant des places en établissement, votre rapporteur estime que la priorité doit désormais porter, non plus sur le développement quantitatif de l'offre, mais sur les efforts de restructuration et de regroupement susceptibles d'améliorer sa qualité. Il insiste également sur le rôle essentiel que jouent les structures intermédiaires du type hébergement temporaire ou accueil de jour.

Un peu plus de 60 700 places étaient installées à la fin de l'année 2013. La moitié d'entre elles sont destinées à l'accueil en Ehpad, 36 % à l'accompagnement en Ssiad.

Figure n° 3 : Réalisations du plan solidarité grand-âge au 31 décembre 2013

	Places notifiées (2007-2014)	Places autorisées (2007-2014)	Places installées (2007-2014)
Accueil de jour	10 679	7 177	5 285
Ehpad	44 131	42 790	30 251
Hébergement temporaire	6 471	4 293	3 111
Ssiad	24 103	22 592	22 059
TOTAL	85 384	76 852	60 706

Source : CNSA – conseil du 8 juillet 2014

Concernant le **plan Alzheimer**, la CNSA note dans son bilan que la lourdeur des cahiers des charges des pôles d'activité et de soins adaptés (Pasa), les contraintes foncières et architecturales en zones urbaines ainsi que les difficultés de recrutement d'ergothérapeutes et de psychomotriciens ont pu conduire à des décalages entre les moments où étaient autorisées les créations de places et celui où elles étaient effectivement installées. De telles observations devront être prises en compte dans la mise en œuvre du plan consacré aux maladies neurodégénératives qui prend la suite du plan Alzheimer.

A la fin de l'année 2013, 17 721 places de Pasa, de Ssiad spécialisées et d'unités d'hébergement renforcé (UHR) étaient installées.

Figure n° 4 : Réalisations du plan Alzheimer au 31 décembre 2013

	Places notifiées	Places autorisées	Places installées
Pasa	24 565	14 742	12 432
Ssiad spécialisé	3 988	4 244	4 154
UHR	1 660	1 660	1 135
TOTAL	30 213	20 646	17 721

Source : CNSA – conseil du 8 juillet 2014

A ces structures s'ajoutent les **maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer** (Maia), elles aussi prévues par le plan Alzheimer. Contrairement à ce que son nom indique, la Maia n'est pas une « maison » mais une méthode destinée à faciliter le travail en commun des différents acteurs amenés à accompagner des personnes âgées de plus de soixante ans. A la fin de l'année 2013, six communes sur dix étaient couvertes par un dispositif Maia.

Dans le secteur du **handicap**, 23 867 places nouvelles étaient installées à la fin de l'année 2013. Les précédents bilans avaient noté de forts écarts en termes d'augmentation de l'offre entre les places créées au profit des enfants et celles destinées aux adultes, au détriment de ces derniers. Il semble que ces écarts soient en passe de se réduire progressivement.

Dans ce secteur, le développement de l'offre passe en partie par une reconfiguration des structures existantes, soit par la transformation de places d'établissements et places de services ou par leur requalification pour l'accompagnement de publics spécifiques. Ainsi, le développement des services d'accompagnement et de soins à domicile (Sessad), qui viennent soutenir des enfants accompagnés et scolarisés en milieu ordinaire, peut passer par la reconfiguration d'instituts médico-éducatifs (IME). Certains IME peuvent par ailleurs se spécialiser dans l'accompagnement des publics autistes.

S'agissant des personnes handicapées adultes, votre rapporteur insiste sur la nécessité d'engager au plus vite une réflexion sur la façon dont l'offre d'établissements et services peut être adaptée au **vieillessement des personnes handicapées**. Heureusement, celui-ci est aujourd'hui une réalité. Il implique cependant que puissent être apportées des solutions de prise en charge à des situations de dépendance qui peuvent intervenir de façon bien plus précoce que chez les personnes qui ne sont pas confrontées à une situation de handicap. Les enjeux sont nombreux. Ils concernent notamment le respect de la volonté des personnes de pouvoir continuer à vivre dans les structures qu'elles ont connues. Votre rapporteur regrette à ce titre que le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement ne traite pas de ces questions.

Figure n° 5 : Réalisations du programme pluriannuel handicap au 31 décembre 2013

	Places autorisées	Places installées
Itep	1 159	900
Sessad	7 354	6 300
Etablissements pour polyhandicapés	452	326
Etablissements pour autistes	1 554	1 248
Etablissements pour déficients intellectuels	1 004	726
Accueil temporaire	94	73
Centre de ressources ou autres	523	477
TOTAL ENFANTS	12 140	10 050
MAS	4 271	3 035
FAM	6 212	4 216
Médicalisation FAM, foyers de vie, foyers occupationnels	538	474
Accueil temporaire	604	481
Samsah/Ssiad	5 617	5 048
Expérimentation/innovation ou autres	694	563
TOTAL ADULTES	17 936	13 817
TOTAL ENFANTS ET ADULTES	30 076	23 867

Source : CNSA – conseil du 8 juillet 2014

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 doit également contribuer à la mise en œuvre du **plan autisme 2013-2017**, qui doit mobiliser 205 millions d'euros sur quatre ans pour la création de 3 400 places.

b) Le renforcement des moyens alloués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

En 2014, 130 millions d'euros ont été consacrés à la **médicalisation des Ehpad**, auxquels se sont ajoutés 17 millions d'euros issus des économies permises grâce à la mise en œuvre du processus de convergence tarifaire.

Les 100 millions d'euros prévus pour 2015 doivent permettre d'achever le processus de « pathossification » des Ehpad. En d'autres termes, l'ensemble des Ehpad seraient tarifés en fonction du GIR moyen pondéré soins (GMPS) à la fin de l'année 2015. Au 31 décembre 2013, 84 % des Ehpad représentant 87 % des places étaient tarifés au GIR moyen pondéré soins (GMPS), contre respectivement 69 % et 74 % en 2012.

Figure n° 6 : Les moyens consacrés à la médicalisation des Ehpad depuis 2004

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
245	219	244	266	251	284,4	165	159	147	162	147	2 289

Source : DGCS – CNSA – Circulaires budgétaires

Les prochaines années devraient être marquées par une **augmentation du niveau de dépendance moyen dans les Ehpad** (le Pathos moyen pondéré), du fait de l'efficacité des politiques de maintien à domicile qui conduit à retarder l'âge d'entrée en établissement. En résultera une hausse des besoins d'encadrement en personnel soignant dans les Ehpad qui pourrait rendre nécessaire la mise en œuvre d'une nouvelle vague de médicalisation. Cela suppose que les marges de manœuvre financières suffisantes puissent être dégagées pour accompagner les établissements à un niveau satisfaisant.

2015 marque également la poursuite de la réouverture du tarif global dans les Ehpad, qui permet de prendre en charge, sur l'enveloppe de soins allouée aux Ehpad, des dépenses normalement imputées à l'enveloppe soins de ville. Il s'agit des consultations d'omnipraticiens, des soins fournis par les auxiliaires médicaux, des examens de radiologie (à l'exception de ceux impliquant des équipements lourds) et des examens de biologie courants.

La possibilité donnée aux Ehpad d'opter pour le tarif global avait été suspendue en 2010 en raison des surcoûts importants qu'elle entraînait pour l'assurance maladie, évalués à 174 millions d'euros en 2012¹. Cette décision a été fortement contestée par les fédérations gestionnaires². Deux évaluations menées en 2011 puis 2013 par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas)

¹ Igas, « Financement des soins dans les Ehpad : mission complémentaire d'évaluation du tarif global de soins », octobre 2013.

² Plusieurs recours contentieux ont été déposés contre les circulaires budgétaires afin de contester cette mesure.

ayant mis en avant l'intérêt d'un tel mode de financement, cette possibilité a été ouverte à nouveau en 2014. L'Igas insistait notamment sur l'impact du tarif global sur l'organisation de la prise en charge ainsi que sur l'attention portée au niveau des soins procurés et au volume de dépenses finales.

10 millions d'euros seront consacrés au passage au tarif global en 2015, un montant équivalent à celui de 2014. Ces mesures concernent en priorité les Ehpad en tarif partiel disposant d'une pharmacie à usage intérieur ainsi que les Ehpad en tarif partiel engagés dans un projet de fusion ou de mutualisation des charges avec d'autres établissements en tarif global. Selon les informations fournies par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), 6,5 millions d'euros avaient été dépensés au 23 octobre 2014 auprès de 33 établissements. 50 Ehpad devraient être accompagnés en 2015, la DGCS chiffrant à 200 000 euros le coût du passage au tarif global.

c) La contribution de l'objectif global de dépenses au financement du fonds d'intervention régional

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le **fonds d'intervention régional** (FIR) regroupe un ensemble de crédits pour la gestion desquels les ARS disposent d'une relative liberté d'utilisation. Un principe s'applique cependant à la mise en œuvre de la fongibilité puisque celle-ci ne doit pas s'effectuer au détriment des dépenses de prévention ou de celles destinées au secteur médico-social : la fongibilité est dite asymétrique.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a élargi le périmètre du FIR au secteur médico-social. En conséquence, celui-ci est désormais alimenté par des crédits issus de l'OGD destinés au financement de la mission n° 8 « prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ». En 2013, 80 millions d'euros ont été consommés au titre de cette mission, soit 3 % de l'ensemble des crédits alloués au FIR.

Ces enveloppes ont deux objets principaux : financer les **groupes d'entraide mutuelle** (GEM) ainsi que les **maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer** (Maia).

En dehors de la mission n° 8, une enveloppe spécifique est par ailleurs destinée à la mise en œuvre des expérimentations relatives au **parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie** (Paerpa). 20 millions d'euros devraient être consacrés à la mise en œuvre des expérimentations Paerpa en 2015.

Le PLFSS pour 2015 prévoit la **redéfinition des missions du FIR**. Il étend notamment son champ d'intervention à l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements médico-sociaux, jusqu'à présent limité aux seuls établissements de santé. Votre rapporteur note cependant l'ambiguïté liée à la disparition du terme « handicap » du champ de compétences du FIR pour l'adoption d'une formulation plus générale mais

également plus floue relative aux « pertes d'autonomie ». Il eut été préférable de conserver les termes actuellement utilisés par le code de la santé publique qui autorisent clairement le FIR à intervenir dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie.

2. Les autres actions relatives à la prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie

a) La contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des allocations individuelles de solidarité

Les sections II et III du budget de la CNSA retracent la contribution de celle-ci au financement des allocations individuelles de solidarité que sont l'**allocation personnalisée d'autonomie (APA)** et la **prestation de compensation du handicap (PCH)**.

S'agissant de la PCH, le taux de couverture des dépenses des départements par la CNSA diminue régulièrement depuis 2007 en raison de la forte montée en charge de la prestation. Afin de limiter cette évolution, la commission des affaires sociales a adopté, sur proposition de votre rapporteur, un amendement visant à affecter à la section du budget de la CNSA chargée de contribuer au financement de la PCH le montant maximal prévu par la loi, c'est-à-dire 30 % du produit de la CSA.

Figure n° 7 : Evolution des dépenses de PCH et du taux de couverture par la CNSA (en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dépenses	277	569	843	1 078	1 241	1 397	1 507	1 612
Concours CNSA	530	551	510	502	527	545	549	556
Taux de couverture	191,3 %	96,8 %	60,5 %	46,6 %	42,5 %	39,0 %	36,4 %	34,5 %

Source : CNSA

Le taux de couverture des dépenses d'APA par la CNSA demeure à un niveau proche de 30 % depuis plusieurs années. Il était de 43 % en 2002, au moment de la création de la prestation.

Figure n° 8 : Evolution des dépenses d'APA et du taux de couverture par la CNSA (en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dépenses	4 555	4 855	5 029	5 183	5 264	5 370	5 399	5 500
Concours CNSA	1 513	1 599	1 548	1 536	1 622	1 656	1 729	1 748
Taux de couverture	33,2%	32,9%	30,8%	29,6%	30,8%	30,8%	32,0%	31,8%

Source : CNSA

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population prévoit, d'une part l'**augmentation des plafonds d'aide** pour l'ensemble des GIR, d'autre part la **diminution des restes à charge** pour les bénéficiaires des plans d'aide les plus lourds. **Ces mesures ne permettront pas d'augmenter le taux de couverture par la CNSA de leurs dépenses d'APA.** Elles n'en demeurent pas moins indispensables pour mieux adapter le montant des aides attribuées au niveau de dépendance des bénéficiaires et encourager ces derniers à consommer l'ensemble de leurs plans d'aide.

b) Le financement des maisons départementales des personnes handicapées

La CNSA constitue, avec l'Etat et les conseils généraux, l'un des principaux contributeurs au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). En 2012, la répartition des charges entre ces trois financeurs s'établissait de la façon suivante : 41 % pour les conseils généraux, 35 % pour l'Etat et 19 % pour la CNSA.

Figure n° 9 : Evolution du concours de la CNSA au financement des MDPH

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Concours CNSA	50	45	60	60	60	60	60	64

Source : CNSA

Le niveau des concours apportés par la CNSA est resté quasiment stable au cours des dernières années ce qui, dans une période de forte montée en charge de la charge de travail des MDPH, s'apparente en réalité à une diminution du niveau de sa dotation.

Votre rapporteur s'inquiète en outre du fait que le projet de loi de finances pour 2015 prévoit une baisse du niveau de la dotation allouée par l'Etat, qui devrait être compensée par un apport de la CNSA de 10 millions d'euros dont on peut supposer qu'il viendra s'ajouter à l'enveloppe que distribue la caisse chaque année. **Une telle mesure traduit un désengagement progressif de l'Etat du financement des MDPH qui risque de peser de façon de plus en plus lourde sur les départements.**

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement contient plusieurs évolutions structurantes concernant le fonctionnement des MDPH, notamment pour favoriser l'interopérabilité des **systems d'information**. Pourront également être expérimentées des **maisons départementales de l'autonomie** (MDA). Se pose la question de savoir comment s'articuleront ces nouvelles maisons avec les structures existantes. L'hypothèse d'une généralisation des MDA devrait par ailleurs conduire à s'interroger, à terme, sur la **suppression des barrières d'âge**. Le principe avait été posé par la loi handicap du 11 février 2005 mais n'a jamais été appliqué¹.

¹ Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

3. L'aide à l'investissement dans les structures médico-sociales

a) Des besoins criants de modernisation des structures

Entre 2006 et 2013, la CNSA a consacré 1 820 millions d'euros au **soutien à l'investissement** dans le secteur médico-social.

Depuis plusieurs années, ces sommes sont issues d'un prélèvement de 2 à 4 points de CSA. Le gel systématique de cette enveloppe en début d'exercice budgétaire au titre des mesures de régulation de l'Ondam est malgré tout compensé chaque année par la mobilisation des réserves de la CNSA. En 2014, 70 millions d'euros de réserves ont ainsi été utilisés à cet effet, somme à laquelle se sont ajoutés 57 millions d'euros issus du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa).

Figure n° 10 : Montants alloués par la CNSA entre 2006 et 2013 pour le soutien à l'investissement (en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Montants notifiés	497	180	296	326	183	62	135	140	1 820

Source : DGCS

Ces sommes constituent un **soutien indispensable** pour encourager les structures à investir, limiter leur recours à l'emprunt ainsi que l'impact de l'investissement sur les tarifs acquittés par les usagers. Maintenir l'effort de la CNSA en la matière apparaît en outre essentiel au regard des besoins qui peuvent être observés dans le secteur. Une étude de la CNSA évalue en effet à 11,7 milliards d'euros le niveau des sommes nécessaires à la modernisation des seuls établissements pour personnes âgées construits avant 1970, qui représentent 22 % du parc. Le besoin de financement serait de 3,1 milliards d'euros dans le secteur personnes handicapées.

b) Des perspectives floues pour 2015 et les années suivantes

Le PLFSS pour 2015 met fin à l'allocation d'une partie du produit de la CSA au financement des opérations d'investissement.

En revanche, le Gouvernement s'est engagé à utiliser **la partie du produit de la Casa non consommée en 2015** pour l'application du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement à la mise en œuvre d'un **plan pluriannuel d'investissement**. Celui-ci aura vocation à s'étendre sur les années 2015 à 2017. Dans l'hypothèse d'un vote de la loi au milieu de l'année 2015, ce sont donc 340 millions d'euros sur trois ans qui pourraient lui être consacrés, soit un montant sensiblement équivalent à celui des années précédentes.

Afin d'assurer la réalisation de ce plan, votre rapporteur a proposé à la commission l'adoption d'un amendement visant à **inscrire dans la loi cet engagement** qui n'est pour le moment qu'oral et dont les contours semblent, au vu des auditions menées, encore relativement flous. Dans l'hypothèse d'une adoption du projet de loi à la mi-2015, ce sont un peu plus de 100 millions d'euros par an qui pourraient être destinés à ce plan.

C. LA QUESTION RÉCURRENTÉ DE L'UTILISATION DU PRODUIT DE LA CONTRIBUTION ADDITIONNELLE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

1. Une ressource dynamique jusqu'à présent en grande partie détournée de son objectif premier

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, la Casa constitue un élargissement de l'assiette de la CSA aux pensions de retraite et d'invalidité ainsi qu'aux préretraites¹. Elle devait initialement être intégralement mise en réserve au sein d'une nouvelle section V *bis* du budget de la CNSA dans la perspective de l'adoption du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

La loi de financement pour 2013 a cependant prévu, à titre exceptionnel, de reprendre à due concurrence une partie du produit de la CSG afin de l'affecter au fonds de solidarité vieillesse (FSV). Un tel mécanisme s'est reproduit en 2014, même si 100 millions d'euros ont pu être maintenus au sein du budget de la CNSA.

Au sein de cette enveloppe, 57 millions d'euros sont venus abonder le PAI, 30 millions d'euros ont permis le financement d'un fonds de restructuration pour les services d'aide à domicile, 10 millions d'euros ont permis de soutenir l'investissement dans les logements foyers et 3 millions d'euros ont été dirigés vers le fonds de compensation du handicap.

Si votre rapporteur se satisfait de l'utilisation qui été faite de ces 100 millions d'euros en 2015, il regrette que le produit de la Casa n'ait pas été, dès sa création, entièrement consacré à la compensation de la perte d'autonomie.

2. Les perspectives ouvertes par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement

La Casa constitue une recette dynamique dont le produit devrait se rapprocher de 800 millions d'euros d'ici 2020.

Figure n° 11 : Perspectives d'évolution du produit de la Casa jusqu'en 2010

2015	2016	2017	2018	2019	2020
683	702	722	750	779	792

Source : DGCS

¹ Comme pour la CSA, son taux est de 0,3 %. Sont exonérés du paiement de la contribution les retraités qui bénéficient du taux réduit de CSG de 3,8 %, c'est-à-dire dont la contribution d'impôt sur le revenu de l'année précédente n'atteint pas le seuil de 61 euros applicable pour la mise en recouvrement de celle-ci. Selon les estimations du Gouvernement, l'application de ce seuil revenait à exclure 44 % des retraités du paiement de la Casa en 2013.

Le Gouvernement s’y est engagé, l’ensemble du produit de la Casa sera consacré à la mise en œuvre du projet de loi relatif à l’adaptation de la société au vieillissement dès la promulgation de celui-ci. Dans l’hypothèse, qui était celle de départ, d’un produit égal à 645 millions d’euros, celui-ci serait alloué dans les conditions fixées par le tableau suivant.

Figure n° 12 : Tableau récapitulatif des dépenses prévisionnelles en année pleine

(en euros)

MESURE	Dépense prévisionnelle	Imputation au sein du budget CNSA
VOLET ANTICIPATION ET PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE	185 000 000	
Améliorer l'accès aux aides techniques et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Développer les actions collectives de prévention	140 000 000	Section V
Créer un forfait autonomie en logements-foyers permettant de développer les actions de prévention	40 000 000	Section V
Contribution au fonds de compensation du handicap	5 000 000	Section V
VOLET ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE	460 000 000	
APA DOMICILE Revaloriser le plafond des plans d'aide (en prenant en compte l'impact de la baisse du ticket modérateur)	153 000 000	Section II
APA DOMICILE alléger le reste à charge pour les plans d'aide les plus lourds	197 000 000	Section II
APA DOMICILE : Améliorer les conditions de travail du secteur de l'aide à domicile	25 000 000	Section II
Consolider les moyens de la CNSA pour élargir les aides aux actions de soutien et d'accompagnement des aidants	5 000 000	Section IV
Appui et formation pour l'accueil familial	1 000 000	Section IV
Créer un droit au répit pour les aidants	78 000 000	Section II
Prendre en charge les aidés dont l'aidant est hospitalisé		
TOTAL des financements sur la CASA à l'issue de la montée en charge	645 000 000	
VOLET ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT Financement sur la CASA au cours de la montée en charge	84 000 000	
Garantir le financement d'un plan autonomie géré par l'ANAH pour l'adaptation de 80 000 logements privés - dépense sur 2 ans	40 000 000	Section V
Fonds de garantie du microcrédit - dépense sur 3 ans	4 000 000	Section V
PAI pour les résidences autonomie - dépense sur 2 ans	40 000 000	Section V

II. L'URGENCE D'UN « CHOC DE SIMPLIFICATION » DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

A. S'ATTAQUER RÉSOLUMENT AU CHANTIER DE LA TARIFICATION

1. L'absence d'avancées significatives depuis plusieurs années

a) *Le contre-exemple de la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile*

Entamée dès 2007, **la réforme de la tarification des Ssiad** a donné lieu à la construction d'équations tarifaires particulièrement complexes, régulièrement ajustées au fil des années. Sept ans après, au regard des conséquences trop lourdes qu'emporterait la mise en application de la réforme sur le secteur, celle-ci a été ajournée. Elle devrait être envisagée à nouveau dans le cadre d'une réflexion plus globale sur l'ensemble des services, notamment les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), qui regroupent des Ssiad et des services d'aide à domicile.

Cela revient à reporter à un terme indéfini toute réforme en la matière. Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement contient des mesures relatives aux Spasad dans le cadre d'expérimentations dont la durée a été fixée à deux ans. Celles-ci devront notamment permettre d'apprécier la faisabilité d'un modèle fondé sur une organisation, un fonctionnement et un financement intégrés de ces services. Si la fongibilité des enveloppes de financement peut apparaître comme la solution la plus rationnelle pour le fonctionnement de ces services, elle pourrait également s'avérer complexe et longue à mettre en œuvre.

Au final, beaucoup de temps et d'énergie ont été consacrés à la construction d'un nouveau modèle de tarification des Ssiad dont il apparaît désormais clair qu'il risque de ne jamais entrer en vigueur.

b) *Un processus de réforme qui peine à s'engager s'agissant des personnes handicapées*

Dans le champ des personnes handicapées, le rapport commun publié par l'Igas et de l'Inspection générale des finances (IGF) en octobre 2012, a permis de dresser un certain nombre de pistes en matière de réforme de la tarification¹. Ce chantier a été inscrit à l'ordre du jour des travaux du comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (Cimap). Un comité de pilotage a été installé qui s'est réuni les 24 avril 14 juin 2013.

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

Aucune mesure concrète ne semble pour le moment se dégager de ces travaux. **Les fédérations auditionnées par votre rapporteur ont ainsi fait part de leur déception face à des efforts qui ne leur semblent pas à la hauteur des engagements pris il y a deux ans.**

Les enjeux sont pourtant connus et largement documentés. Ils impliquent en premier lieu de **clarifier les partages de responsabilités entre financeurs** avant, à terme, d'envisager les transferts de charges nécessaires.

La situation des **foyers d'accueil médicalisé (FAM)** et des **maisons d'accueil spécialisées (MAS)** est particulièrement emblématique en la matière. Les FAM font l'objet d'une double tarification, par l'ARS au titre des soins délivrés, et par le conseil général pour l'hébergement et l'accompagnement des personnes. Or la répartition des charges entre les deux financeurs est loin d'être précisément définie. Au-delà d'une clarification en la matière, l'opportunité d'un rapprochement avec les MAS mériterait d'être étudiée. Si les publics pris en charge semblent en effet bien souvent présenter des profils proches, une analyse plus approfondie pourrait être menée afin d'apprécier la faisabilité et les modalités selon lesquelles pourrait s'opérer un tel rapprochement.

c) Les évolutions qui restent à construire concernant la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Le rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société prévoit le lancement de **travaux relatifs à la tarification des Ehpad** : « *le chantier de la réforme de la tarification sera ouvert, avec en perspective la mise en place d'une allocation plus simple et plus objective des financements des établissements, en tenant mieux compte des besoins des résidents et de la qualité des prises en charge. Une meilleure connaissance des coûts des différentes composantes de la prise en charge des résidents, ainsi qu'une révision des outils de mesure des besoins d'accompagnement appuieront cette démarche* ». Un groupe de travail devrait être installé à l'automne.

Certains enjeux sont connus de longue date. Il s'agit en particulier du **partage des charges de personnels aides-soignants et aides médico-psychologique** à hauteur de 70 % et 30 % entre l'ARS et le conseil général. Ce co-financement, outre qu'il est source de lourdeurs et peu lisible, peut créer des blocages au moment du renouvellement des conventions tripartites des établissements. Le transfert de l'ensemble de ces charges de personnel sur les dépenses d'assurance maladie, dont le coût pourrait être compris entre 1,4 et 1,7 milliard d'euros, nécessite cependant un arbitrage politique clair, difficile dans une période d'évolution contrainte des enveloppes de financement.

Si des pistes de réforme ont été engagées, elles sont jusqu'à présent peu concluantes. Ainsi, la mise en place de la **tarification à la ressource**, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et censée rapprocher le financement des Ehpad de celui des établissements de santé

tarifés à l'activité (T2A), n'est toujours pas effective en l'absence de la publication des mesures réglementaires nécessaires. Les expérimentations relatives à la **modulation du forfait soins** en fonction de critères de qualité et d'efficacité ainsi qu'à **l'intégration dans ce forfait des dépenses de médicaments** pour les Ehpad n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur ont quant à elles été abandonnées, faute d'avoir pu donner des résultats concluants.

Dans ce contexte d'incertitude, le processus de **convergence tarifaire** se poursuit. S'il concerne en pratique un nombre réduit d'Ehpad et ne permet de générer que des économies limitées, il est fortement contesté par plusieurs fédérations gestionnaires qui dénoncent le mode de fixation de ces plafonds et voient dans le processus une source d'inégalités entre établissements. A ce titre, le rapport précité de l'Igas publié en octobre 2013 recommande de réviser la procédure convergence tarifaire sur la base d'une tarification pluriannuelle et de la prise en compte de coûts élargis.

Au regard de ces éléments, qui pèsent sur le secteur mais sont également préjudiciables pour les résidents en Ehpad et leur famille, votre rapporteur sera particulièrement attentif à ce que les travaux engagés à l'automne aboutissent dans un délai raisonnable à des solutions concrètes.

2. Les conditions de la réussite

Votre rapporteur est parfaitement conscient que toute réforme ambitieuse de la tarification crée des gagnants et des perdants et s'avère par conséquent difficile à mener lorsque les enveloppes de financement progressent peu. Il estime que des solutions raisonnables peuvent malgré tout être trouvées à la condition de reposer sur des bases objectivées et sur un dialogue renforcé entre les structures et les autorités financeurs.

a) Faire des études nationales de coûts de véritables outils d'aide à la décision

Confiée à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), **l'étude nationale de coûts** menée auprès des Ehpad a donné lieu à d'importants travaux préparatoires avant d'être réalisée auprès d'un échantillon de 50 Ehpad représentatifs entre juin et octobre 2013. Les premiers résultats de cette étude ont été présentés au comité de pilotage le 2 juillet 2014. Ils ont permis d'établir à 34 707 euros par an, soit 2 892 euros par mois, le coût total de la prise en charge en Ehpad, tout statuts juridiques confondus et en incluant les soins de ville.

Cette première vague de travaux doit être confortée par une deuxième enquête conduite entre juin et octobre 2014 à une plus grande échelle et dont les résultats devraient être connus au premier semestre 2015. L'objectif est de pouvoir aboutir à la construction d'une étude nationale de coûts qui puisse être publiée sur une base annuelle et permette la détermination d'un coût moyen journalier par typologie de résident.

Votre rapporteur estime essentiel de mener à bien ces travaux afin de pouvoir en faire des outils d'aide à la décision en matière de réforme de la tarification des Ehpad. Il juge par ailleurs nécessaire de pouvoir étendre ces études de coûts au secteur des personnes handicapées.

b) Renforcer le caractère pluriannuel des financements

La conclusion de **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** (Cpom) constitue aujourd'hui le moyen le plus sûr de dépasser les lourdeurs de la procédure budgétaire contradictoire annuelle, d'assurer une meilleure allocation des ressources et la structuration de l'offre sur les territoires.

Votre rapporteur souligne à ce titre la nécessité d'une publication rapide de l'arrêté prévu par l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi « HPST » et chargé de définir le seuil d'activité à partir duquel la conclusion des Cpom est obligatoire pour les établissements et services relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'ARS ou du préfet de région.

Les Cpom constituent aujourd'hui l'outil privilégié par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement pour réformer la tarification des services d'aide à domicile. S'inspirant des travaux menés par l'Assemblée des départements de France (ADF) et les principales fédérations du secteur de l'aide à domicile, ce nouveau modèle de financement doit permettre aux gestionnaires ainsi qu'aux financeurs de disposer de davantage de visibilité mais également de contractualiser sur l'exercice de missions d'intérêt général, notamment de prévention, jusqu'à présent trop peu valorisées.

Les évolutions engagées s'agissant des services d'aide à domicile devraient pouvoir permettre d'éclairer l'ensemble des processus de réforme tarifaire engagés dans le secteur médico-social.

B. ASSURER UNE MEILLEURE COORDINATION DES ACTEURS

1. Faciliter la coordination en faisant confiance aux acteurs de terrain

a) La nécessité d'une plus grande coordination

Un consensus s'est aujourd'hui établi sur la nécessité d'envisager l'accompagnement des personnes handicapées ou en situation de perte d'autonomie dans une logique de parcours, destinée à éviter toute rupture de prise en charge. Cet enjeu est particulièrement prégnant mais également parfois négligé s'agissant des personnes handicapées, qui sont trop souvent les premières victimes d'un système encore organisé autour d'une multiplicité de structures aux modes de financement distincts et aux règles de tarification distincte.

Le secteur médico-social, à la frontière des secteurs sanitaire et social, concentre une partie de ces difficultés mais est également en première ligne pour la construction de solutions de prise en charge permettant de limiter au maximum le risque de ruptures.

Celui-ci est particulièrement fort en matière d'hospitalisation. Trop souvent, **les sorties d'hospitalisation sont rendues difficiles** en raison du manque de solutions de prise en charge en aval de l'hôpital. A l'inverse, bon nombre d'hospitalisations pourraient être évitées si les fragilités des patients étaient repérées plus en amont.

De la même façon, la coordination entre les structures d'**hospitalisation à domicile** (HAD) et les **services** intervenant au domicile demeure encore largement perfectible. La Fnehad, l'UNA et l'UNADMR ont lancé en septembre 2013 dans 5 régions une étude portant sur 43 Ssiad et 13 structures de HAD. Si les résultats définitifs devraient être connus à la fin de l'année 2014, plusieurs constats ont déjà pu être formulés. Alors que les deux-tiers des demandes de prise en charge émanant des Ssiad reçoivent des réponses positives de la part de la HAD, ce n'est le cas que d'un tiers des demandes de prise en charge provenant de la HAD. Le manque de places et l'insuffisance des dotations, qui ne permettent pas aux Ssiad de prendre en charge des patients nécessitant des soins lourds expliquent cette situation. Certains patients, dont l'état de santé les place à la charnière de la HAD et du Ssiad, se retrouvent ainsi sans solution de prise en charge.

b) Les expérimentations relatives aux parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

C'est ce type de difficultés que devraient pouvoir traiter les expérimentations relatives aux **parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie** (Paerpa), créées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Si ces expérimentations ont vocation à s'appuyer sur les structures existantes, leur concrétisation a nécessité la mise en œuvre de lourds travaux préparatoires. A la rédaction d'un cahier des charges national, publié en janvier 2013, a succédé une phase de diagnostic territorial puis de mise en place de multiples instances de pilotage (coordination clinique de proximité, coordination territoriale d'appui) sur les neuf territoires sélectionnés.

Au final, ce n'est que le 26 septembre dernier qu'a pu être signée, en Indre-et-Loire, la première convention permettant le lancement effectif de l'expérimentation Paerpa.

**Périmètre territorial des expérimentations relatives
au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie**

- Aquitaine : Bordeaux ;
- Bourgogne : nord de la Nièvre (territoire de la Bourgogne nivernaise et canton de Saint-Amand-en-Puisaye) ;
- Centre : sud-est de l'Indre-et-Loire (arrondissement de Loches, cantons d'Amboise et de Bléré, communes de Truyes et de Cormery) ;
- Ile-de-France : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements de Paris ;
- Limousin : département de la Corrèze ;
- Lorraine : Grand Nancy (communes de Nancy et de Vandœuvre-lès-Nancy) ;
- Midi-Pyrénées : département des Hautes-Pyrénées ;
- Nord-Pas-de-Calais : territoire du Valenciennois-Quercitain (cantons de l'Amandinois, de Valenciennes-est, de Valenciennes-ouest, de Denaisis et du Quercitain) ;
- Pays-de-la-Loire : département de la Mayenne.

Aux yeux de votre rapporteur, la complexité de la méthode utilisée et des règles mises en place **risque de décourager des acteurs de terrain pourtant prêts à travailler de façon plus intégrée**. Plusieurs des personnes auditionnées l'ont indiqué à votre rapporteur, nombreuses sont les structures qui « font du Paerpa sans le savoir ». Votre rapporteur estime par conséquent essentiel de faire davantage confiance aux acteurs de terrain tout en créant un environnement favorable à la mise en place de modes de fonctionnement intégrés. Cet environnement favorable doit en premier lieu passer par la mise en place d'une action résolue dans le champ de **l'interopérabilité des systèmes d'information** utilisés par les services et établissements.

2. Clarifier les responsabilités de chacun des acteurs

a) Limiter le nombre d'interlocuteurs des usagers

Les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie doivent pouvoir être en mesure d'identifier clairement les interlocuteurs susceptibles de les accompagner dans leurs démarches. De ce point de vue, la création des MDPH a permis de renforcer la lisibilité des politiques menées et, de ce fait, la qualité du service rendu aux usagers.

Dans le champ des personnes âgées, l'identification d'un interlocuteur de référence apparaît plus difficile. C'est normalement la mission dévolue aux **centres locaux d'information et de coordination** (Clic), chargés d'informer, d'orienter et d'accompagner les personnes âgées dans leurs démarches. Placés sous la responsabilité des conseils généraux, les Clic doivent permettre la construction d'un travail partenarial entre les différentes structures amenées à intervenir auprès des personnes âgées.

Ils demeurent cependant trop peu connus des usagers et **leur articulation avec les Maia pose question**. Clic et Maia ne sont bien évidemment pas de même nature, l'un ayant vocation à devenir une sorte de guichet unique pour les personnes âgées, l'autre étant avant tout une méthode de travail et de coordination des intervenants auprès de ce public.

Votre rapporteur estime malgré tout que des synergies peuvent être trouvées. Dans un contexte de raréfaction des financements publics, il lui apparaît indispensable que puissent être opérés des rapprochements pour assurer une plus grande efficacité des politiques menées et une visibilité accrue de celles-ci auprès des usagers.

b) Affirmer la place des départements dans la gouvernance du secteur médico-social

Les **conseils généraux** ont su faire la preuve de leur expertise et de leur compétence dans l'accompagnement des personnes âgées et handicapées. Alors que de nombreuses incertitudes pèsent aujourd'hui sur leur devenir, votre rapporteur estime qu'ils doivent au contraire pouvoir être mieux soutenus dans l'exercice de leurs missions.

Votre rapporteur note à ce titre que le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement continue de confier aux départements un rôle central dans la gouvernance du secteur. Il regrette cependant que l'article définissant le rôle de **chef de file** des départements en la matière, qui figurait dans la version du projet de loi présentée au Conseil économique, social et environnemental, ait été supprimé du texte actuellement en discussion au Parlement.

Il note également que l'application de bon nombre des mesures prévues par le projet de loi repose sur une **coordination renforcée entre conseils généraux et ARS**. Il en est ainsi du fonctionnement de la conférence des financeurs, présidée par le président du conseil général mais dont la vice-présidence a été confiée à l'ARS.

Le manque de coordination entre ARS et conseils généraux tient en partie à une appropriation encore imparfaite de leurs compétences médico-sociale par des ARS dont le champ d'intervention s'avère particulièrement étendu. Il est aussi lié à la complexité et, dans certains cas, à la redondance des outils existants.

De ce point de vue, des simplifications apparaissent indispensables s'agissant de la construction des **outils de programmation** dans le secteur médico-social. Les relations entre les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (Sroms) et les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) d'un côté, et les schémas départementaux de l'autre, doivent être redéfinis afin

que soit assurée leur mise en cohérence. **Derrière les divergences entre outils de programmation, c'est la pertinence de la structuration de l'offre médico-sociale sur les territoires qui est en jeu.**

De façon générale, votre rapporteur fait part de sa plus grande vigilance quant à la façon dont seront exercées à l'avenir les missions actuellement confiées aux conseils généraux, sujet qui sera traité par le projet de loi pour une nouvelle organisation territoriale de la République, dont la discussion devrait intervenir dans les prochaines semaines au Parlement.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap)**
 - Yves-Jean Dupuis, directeur général
 - Adeline Leberche, directrice du secteur social et médicosocial
- **Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR)**
 - Christian Fourreau, directeur-adjoint
 - Maud Collomb, directrice développement
- **Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (Fegapei)**
 - Muriel Vidalenc, directrice générale
 - Marie Aboussa, directrice déléguée, direction générale adjointe des services aux adhérents
 - Pia Cohen, directrice des relations institutionnelles
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**
 - Sabine Fourcade, directrice générale de la cohésion sociale,
- **Assemblée des départements de France (ADF)**
 - Jean-Pierre Hardy, chef du service des politiques sociales
 - Marylène Jouvien, chargée des relations avec le Parlement
- **Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)**
 - Yves Vérollet, délégué général
- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
 - Elodie Hemery, chargée du secteur vieillesse et handicap
 - Yasmine Bouzenad, chargée de mission
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**
 - Geneviève Gueydan, directrice
 - Emmanuelle Dubée, directrice adjointe
 - Xavier Dupont, directeur des établissements et services médico-sociaux
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss)**
 - Laurent Thevenin, conseiller technique pôle santé-handicap
 - Thierry Couvert Leroy, directeur de l'animation