

N° 83

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 5 novembre 2008

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de  
financement de la sécurité sociale pour 2009, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE  
NATIONALE,*

Par Mme Sylvie DESMARESCAUX,  
Sénateur.

Tome III :  
Secteur médico-social

---

(1) *Cette commission est composée de* : M. Nicolas About, *président* ; 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. François Autain, Paul Blanc, Mme Mugette Dini, M. Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, M. Jean Boyer, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mmes Sylvie Desmarescaux, Bernadette Dupont, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita 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, Alain Vasselle, François Vendasi, René Vestri.

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (13<sup>ème</sup> législ.) :** 1157, 1211, 1212 et T.A. 202

**Sénat :** 80 et 84 (2008-2009)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	7
<b>I. LES DONNÉES BUDGÉTAIRES : DE L'ONDAM MÉDICO-SOCIAL AUX BUDGETS DE LA CNSA ET DES DÉPARTEMENTS - DES DÉPENSES CARACTÉRISÉES PAR UN FORT DYNAMISME</b> .....	9
A. L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES « PERSONNES ÂGÉES » EN PROGRESSION DE 8,4 %... ..	9
B. ... GRÂCE NOTAMMENT À LA PERSISTANCE D'IMPORTANTES RÉSERVES.....	11
C. L'ÉROSION CONTINUE DES RESSOURCES APPORTÉES PAR LA CNSA AU FINANCEMENT DE L'APA... ..	13
D. ... DANS UN CONTEXTE DE CROISSANCE TOUJOURS RAPIDE DES CHARGES LIÉES À LA DÉPENDANCE.....	15
E. LE NÉCESSAIRE RENFORCEMENT DU CONTRÔLE DU PARLEMENT SUR LES MOYENS PUBLICS AFFECTÉS AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL .....	18
<b>II. LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS À DESTINATION DU GRAND ÂGE ET DU HANDICAP</b> .....	20
A. LE RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS .....	20
1. <i>Des plans annoncés par le Gouvernement dans le domaine de la perte d'autonomie des personnes âgées</i> ... ..	20
a) Le plan Solidarité-Grand Age (2007-2012).....	20
b) Le plan en faveur des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes (plan Létard).....	23
c) Le plan Alzheimer 2008-2012.....	24
2. <i>... aux réalisations effectives en 2008 et 2009</i> .....	26
a) L'exécution de la troisième tranche du plan Solidarité-Grand Age .....	26
b) La mise en œuvre concrète du plan Alzheimer.....	30
c) L'accent mis sur la formation des publics au contact des personnes âgées dépendantes et sur la « bienveillance ».....	33
3. <i>Le plan handicap</i> .....	35
B. COUP DE PROJECTEUR SUR QUELQUES SUJETS D'ACTUALITÉ .....	37
1. <i>Le caractère inadapté des procédures de planification-programmation</i> .....	37
2. <i>Le coût très élevé du reste à charge</i> .....	40
a) A domicile .....	40
b) En établissement.....	41
3. <i>La nécessaire revalorisation des salaires de la branche de l'aide à domicile</i> .....	45

<b>III. CONSTRUIRE LE CINQUIÈME RISQUE .....</b>	<b>47</b>
A. LE RAPPORT DE LA MISSION COMMUNE D'INFORMATION DU SÉNAT.....	47
B. LES MESURES D'EFFICENCE DE LA DÉPENSE EN EHPAD PRÉVUES PAR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT .....	54
1. <i>La récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement pour personnes         âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prise en charge sur         l'enveloppe « soins de ville » .....</i>	<i>54</i>
2. <i>La tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux et la mise         en place du principe de convergence .....</i>	<i>56</i>
3. <i>La réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements         d'hébergement pour personnes âgées dépendantes .....</i>	<i>57</i>
<b>ANNEXE 1 - LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 2 - LES PRINCIPALES ORIENTATIONS PROPOSÉES PAR LA MISSION COMMUNE D'INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE ET LA CRÉATION DU CINQUIÈME RISQUE .....</b>	<b>63</b>

### **Les observations et propositions de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social en 2009**

- Par la voix de son rapporteur, Sylvie Desmarescaux, la commission se félicite de la croissance de 6,3 % des Ondam médico-sociaux et de la **progression de 8,4 % de l'objectif global de dépenses « personnes âgées »** qui s'établit, en 2009, à un peu plus de 7,3 milliards d'euros. Depuis le début de la décennie, les moyens affectés à cet objectif ont plus que triplé, grâce aux efforts de l'assurance maladie et à la création de la cotisation de solidarité pour l'autonomie.

Elle regrette cependant le précédent fâcheux créé par l'opération de transfert sur le budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'une charge de 30 millions d'euros correspondant à des engagements de l'Etat au titre des contrats de projet Etat-région.

Elle relève également **le lent déclin de la part de la CNSA dans la couverture du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa)** qui se traduit par un report de charges croissant sur les départements (lesquels financent dorénavant près de 70 % de l'Apa).

- La commission constate que les **moyens nouveaux** dégagés pour les établissements et les services dans le secteur des personnes âgées (**566 millions d'euros**) permettront au **Gouvernement de tenir les engagements pris** dans le cadre des différents plans adoptés ou confirmés depuis un an et demi : plan solidarité grand âge, plan Alzheimer et plan métiers.

Les actions envisagées donneront une portée concrète au **principe du libre choix** des personnes âgées et de leurs familles. Un effort conséquent sera également déployé pour la sensibilisation à la maltraitance ainsi que pour la formation des **aidants** et des **accueillants** familiaux, toutes mesures particulièrement attendues par les publics concernés.

- La commission approuve les dispositifs insérés dans le projet de loi de financement pour 2009 qui préfigurent la mise en place du **cinquième risque** et reflètent fidèlement les principes définis par la mission commune d'information sénatoriale sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque : d'une part, la création d'une **tarification à la ressource** en Ehpad et l'instauration du principe de **convergence** des dotations à service rendu identique, sur un modèle proche de la tarification à l'activité à l'hôpital ; d'autre part, la **réintégration des médicaments** dans les dotations de soins des établissements.

Ces mesures n'organisent pas un rationnement de l'offre d'hébergement mais ont pour but de dépenser mieux et à bon escient. Elles doivent permettre notamment de lutter efficacement contre la **iatrogénie médicamenteuse**. Il appartiendra au Sénat de dissiper les quelques inquiétudes suscitées par ces propositions, et même de les éteindre, en faisant mieux ressortir, par exemple, la mission du médecin coordonnateur, dans son rôle d'interlocuteur des médecins traitants et de garant de l'adéquation des prescriptions de soins.



Mesdames, Messieurs,

Votre commission des affaires sociales a pris l'initiative de créer un rapport spécifiquement consacré au secteur médico-social dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cette décision s'imposait au moment où le Parlement est appelé à poser les fondations du cinquième risque. En l'état, il a surtout vocation à souligner l'effort financier dégagé au profit des personnes âgées, alors que le handicap continuera, pour l'essentiel, d'être examiné dans le cadre de l'avis budgétaire confié à notre collègue Paul Blanc.

L'évolution remarquable des crédits consacrés à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées au cours de la décennie écoulée le prouve : le traitement de la perte d'autonomie au grand âge est une priorité défendue avec force par tous les gouvernements, et des pas en avant décisifs ont été réalisés notamment avec la création de la CNSA. Plan Solidarité-Grand Age, plan Alzheimer, plan métiers : en 2009, comme en 2008, l'intégralité des engagements pris sera scrupuleusement respectée, tant en termes de places créées que d'emplois financés.

Doit-on se satisfaire de la situation telle qu'elle est : non, bien sûr ! Il reste tant à faire... Mais la volonté d'avancer est là, notamment sur la définition d'un cinquième risque de protection sociale.

Le projet de loi de financement comporte à ce titre trois dispositifs importants qui ambitionnent d'accroître l'efficacité de la dépense dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), notamment au travers de la tarification à la ressource, du principe de convergence tarifaire et de la réintégration des médicaments dans les dotations de soins. Loin de constituer des instruments de rationnement, les outils qu'ils mettent en place sont indispensables pour garantir la pérennité des financements et assurer aux plus âgés de nos compatriotes une prise en charge respectant leurs besoins et leur dignité.

Au terme des auditions préparatoires auxquelles elle a procédé, votre rapporteur exprime le souhait et la conviction qu'un large accord puisse réunir l'ensemble des parlementaires sur un sujet qui appelle, à l'évidence, des réponses non partisans et consensuelles.





## **I. LES DONNÉES BUDGÉTAIRES : DE L'ONDAM MÉDICO-SOCIAL AUX BUDGETS DE LA CNSA ET DES DÉPARTEMENTS - DES DÉPENSES CARACTÉRISÉES PAR UN FORT DYNAMISME**

### ***A. L'OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES « PERSONNES ÂGÉES » EN PROGRESSION DE 8,4 %...***

L'article 50 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) de l'ensemble des régimes obligatoires de base à 157,6 milliards d'euros, en progression de 3,3 %.

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 6,2 milliards et 7,7 milliards d'euros, en progression globale de 6,3 % par rapport à 2008.

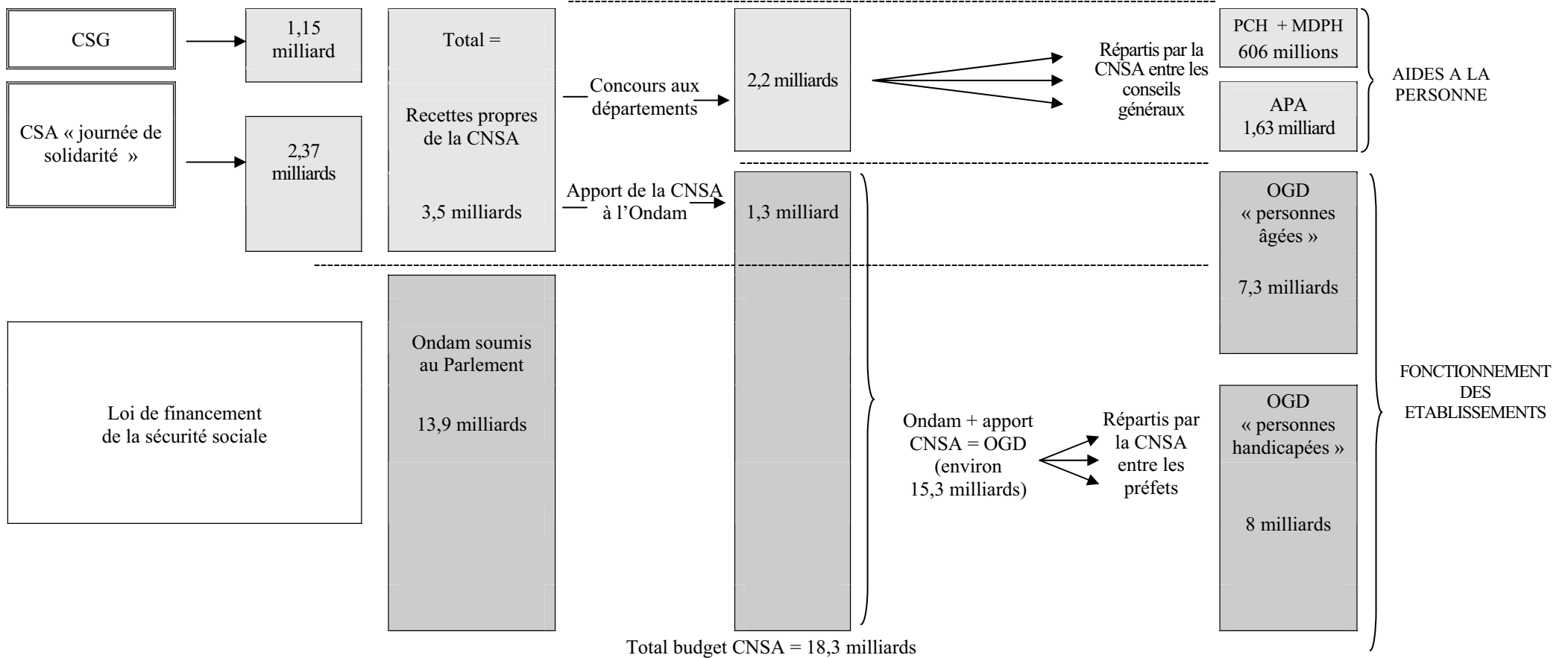
La gestion des crédits des Ondam médico-sociaux est transférée, après leur vote par le Parlement, à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui y ajoute sa contribution propre<sup>1</sup> et l'ensemble (Ondam médico-social personnes âgées ; Ondam médico-social personnes handicapées ; contribution de la CNSA) constitue l'**objectif global des dépenses médico-sociales (OGD)**.

En application des dispositions de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, une fraction comprise entre 10 % et 14 % de contribution solidarité autonomie, la CSA, (en pratique 12,73 % en 2007 portés à 14 % en 2008 et 2009) est consacrée par la CNSA au financement des dépenses de l'OGD personnes handicapées ; une fraction de 40 % de CSA permet de financer l'OGD personnes âgées. Ces dotations constituent les ressources propres de la CNSA à l'OGD.

---

<sup>1</sup> A partir de ses ressources propres, lesquelles comprennent : la fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placement et de jeux ; la contribution solidarité autonomie (CSA) de 0,3 % assise sur les revenus salariaux - qui correspond à la « journée de solidarité » créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées - ; la contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, également créée par la loi du 30 juin 2004 précitée.

**Schéma simplifié des crédits gérés par la CNSA (en euros/prévisions 2009)**



L'OGD personnes handicapées devrait ainsi atteindre 8 milliards d'euros (7,7 milliards d'Ondam auxquels s'ajoutent 331,5 millions provenant des ressources de CSA dégagées par la CNSA). **L'OGD personnes âgées s'élèverait, quant à lui, à 7,33 milliards d'euros** couverts par 6,2 milliards de ressources de l'Ondam, 947 millions provenant de la CSA et le report d'environ 260 millions d'euros provenant des excédents de gestion de la CNSA des années antérieures.

Dans ces conditions, **l'OGD personnes âgées pour 2009 est en progression de 8,4 %** (+ 566 millions d'euros par rapport à 2008, où il s'établissait à 6,77 milliards d'euros).

Depuis 2000, l'augmentation des dotations d'assurance maladie aux établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes est de 212 %. L'Ondam personnes âgées était, en effet, de 2,35 milliards d'euros au début de la décennie et constituait la seule ressource. Le surplus de recettes atteint, en neuf ans, près de 5 milliards d'euros (dont environ 1,2 provenant de la CSA et des réserves de la CNSA). Dans le même temps, l'Ondam général n'a progressé « que » de 50 % : contrairement à ce que d'aucuns pensent pouvoir affirmer, la prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées est bien devenue une priorité des pouvoirs publics au cours de la présente décennie.

#### ***B. ... GRÂCE NOTAMMENT À LA PERSISTANCE D'IMPORTANTES RÉSERVES***

Depuis sa création, la CNSA produit chaque année des **excédents**, principalement au titre de l'OGD personnes âgées, comptablement inscrit à la section 1 de son budget.

La section 1 est la principale productrice d'excédents, en raison de son importance relative dans le budget de la caisse (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 des services. Une partie de ces enveloppes correspond à des mesures nouvelles, en particulier le financement de la création de places nouvelles dans le cadre des plans nationaux (plan Solidarité-Grand Age, plan Alzheimer...). 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. Or il peut s'écouler plusieurs mois, voire plusieurs années, entre la notification des crédits au préfet et la réalisation de la dépense, ce qui a pour conséquence une sous-consommation des enveloppes financières. En ce qui concerne les crédits de médicalisation des établissements pour personnes âgées, le phénomène est similaire : ils ne peuvent être consommés que lorsque les conventions ont été

signées par l'Etat, le conseil général et le gestionnaire de l'établissement, ce qui est souvent long.

Avant la création de la CNSA, les excédents ainsi produits restaient dans les comptes de l'assurance maladie et pouvaient servir à compenser des déficits sur d'autres catégories de dépenses. Désormais, ils sont isolés dans les comptes de la caisse, qui en conserve le fruit et en assure la gestion. C'est pourquoi la CNSA a développé des travaux de suivi de ces crédits visant à mieux comprendre le processus de dépenses, depuis la notification des crédits jusqu'au versement de la caisse d'assurance maladie à l'établissement ; des procédures visant à anticiper et accélérer les réponses ont par ailleurs été mises en place<sup>1</sup>.

Une importante partie de ces excédents, reportés sur la section 5, a financé dès 2006 des plans d'aide à la modernisation des établissements médico-sociaux (500 millions d'euros en 2006 ; 185 millions en 2007 ; 300 millions en 2008).

**Les excédents de gestion de la CNSA attendus à fin 2008 pourraient dépasser 500 millions d'euros.** Aussi, le budget prévisionnel pour 2009 prévoit-il que la caisse opère des prélèvements sur ses réserves afin de :

- mettre en œuvre un nouveau plan de 230 millions d'euros<sup>2</sup> dédié à l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux (dont une partie permettant de poursuivre la création de places adaptées aux malades d'Alzheimer) ; ce montant est susceptible d'être révisé lorsque l'exécution de l'exercice 2008 sera arrêtée (en mars 2009), au vu des réserves effectivement disponibles ;

- prendre en charge les investissements prévus dans les contrats de projets Etat-région (CPER) à destination des établissements et services médico-sociaux, à hauteur de 30 millions d'euros. Ce montant correspond aux crédits destinés à financer les apports prévus dans les conventions que la direction générale de l'action sociale (DGAS) a conclues avec les régions à ce titre pour 2009. Il se répartit à titre prévisionnel entre les établissements pour personnes âgées (20 millions) et les établissements pour personnes handicapées (10 millions) ;

- participer aux frais de fonctionnement des Ehpad.

En 2008, une fraction des réserves (200 millions d'euros) a déjà été utilisée, pour la première fois, 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.

La même opération serait ainsi renouvelée afin d'abonder en 2009 l'OGD personnes âgées à hauteur de 262 millions d'euros.

---

<sup>1</sup> Cf. sur ce point : III - Construire le cinquième risque - pages 47 et suivantes.

<sup>2</sup> Dont 180 millions d'euros pour les établissements de personnes âgées et 50 millions pour les établissements de personnes handicapées.

### **Le vote sur le budget prévisionnel de la CNSA pour 2009**

Le conseil de la CNSA s'est réuni le 14 octobre 2008 pour examiner le budget prévisionnel pour 2009.

Les sections 1 (financement des établissements et services médico-sociaux du champ de la CNSA) et 5 (actions innovantes et aides à l'investissement) n'ont été votées que par les représentants de l'Etat, du Medef et de la CGPME, et d'un des conseils généraux membres du conseil de la CNSA. Les représentants des autres conseils généraux, des associations de personnes âgées et de personnes en situation de handicap, des organisations professionnelles et syndicales, et les personnalités qualifiées ont refusé de prendre part au vote de ces deux sections :

- manifestant leur désaccord quant à l'utilisation d'une partie (262 millions d'euros) des réserves de la CNSA pour le financement du fonctionnement des établissements et services, considérant que ces sommes devraient être destinées à l'effort d'investissement ;

- mettant en cause le transfert, du budget de l'Etat à celui de la CNSA, 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).

En ce qui concerne le report de 262 millions de réserves sur l'OGD, qui permet d'afficher le taux tout à fait remarquable de 8,4 % de croissance, l'opération n'est pas entièrement contestable sur le fond : le seul reproche que l'on pourrait faire au Gouvernement est de parvenir à afficher ainsi un taux de croissance supérieur de près du double au rythme réel d'évolution des moyens nouveaux mis à la disposition des Ehpad et des Ssiad. Toutefois, ces sommes sont bien utilisées conformément à leur destination initiale.

En ce qui concerne, en revanche, le transfert de 30 millions du budget de l'Etat à celui de la CNSA au titre du financement des CPER, il s'agit ni plus ni moins d'une **débudgétisation**, condamnable dans son principe. La somme est certes minime et les crédits concernés reviennent en tout état de cause aux Ehpad. La mesure n'en constitue pas moins un précédent dangereux.

### ***C. L'ÉROSION CONTINUE DES RESSOURCES APPORTÉES PAR LA CNSA AU FINANCEMENT DE L'APA...***

Le budget total de la CNSA devrait s'élever, en 2009, à 18,33 milliards d'euros, en progression de 7,2 % par rapport au budget révisé de 2008. Sur ce montant, plus de 15 milliards sont dirigés vers les établissements médico-sociaux *via* l'OGD et quelques centaines de millions sont apportés au financement d'actions de formation et d'opérations d'investissement. Le reliquat, soit environ 2,2 milliards, est destiné à trois types d'actions :

## Budget primitif de la CNSA pour 2009

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
<b>Section I</b>		<b>Section I</b>	
<b>Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>15 412,4</b>	<b>Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux</b>	<b>15 412,4</b>
Sous-Section 1		Sous-Section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 051,0	Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 051,0
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 003,0	Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	331,5
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 719,0
Agence nationale d'évaluation des ets et serv. médico-sociaux (ANESM)	0,7	Déficit	0,6
Opérations diverses	23,4		
Sous-Section 2		Sous-Section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	7 361,3	Établissements et services accueillant des personnes âgées	7 361,3
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 333,0	Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	947,0
Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,1	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	6 152,0
Opérations diverses	27,2	Déficit	262,3
<b>Section II</b>	<b>1 648,7</b>	<b>Section II</b>	<b>1 648,7</b>
<b>Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>		<b>Allocation personnalisée d'autonomie (APA)</b>	
Concours versés aux départements (APA)	1 631,4	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	473,5
Congé de soutien familial	0,5	Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 078,2
Opérations diverses	16,7	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0
		Produits financiers	30,0
<b>Section III</b>	<b>645,6</b>	<b>Section III</b>	<b>645,6</b>
<b>Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées</b>		<b>Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées</b>	
Concours versés aux départements (PCH)	561,4	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	615,6
Concours versés aux départements (MDPH)	45,0	Produits financiers	30,0
Majoration AEEH (versement CNAF)	21,4		
Congé de soutien familial	0,5		
Opérations diverses	17,3		
<b>Section IV</b>	<b>90,7</b>	<b>Section IV</b>	<b>90,7</b>
<b>Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service</b>		<b>Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service</b>	
Sous-section 1		Sous-section 1	
Personnes âgées	75,8	Personnes âgées	75,8
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	68,1	Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	68,8
Plan métier	7,0	Déficit	7,0
Opérations diverses	0,7		
Sous-section 2		Sous-section 2	
Personnes handicapées	14,9	Personnes handicapées	14,9
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Plan métier	3,0	Déficit	3,0
<b>Section V</b>	<b>566,0</b>	<b>Section V</b>	<b>566,0</b>
<b>Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>		<b>Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie</b>	
Sous-section 1		Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	411,0	Actions en faveur des personnes âgées	411,0
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
Charges prévisionnelles "PAM 2006-2007 et PAI 2008"	195,0	Reprise de provisions "Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement"	195,0
Plan d'Aide à l'Investissement des établissements 2009	180,0	Déficit	206,0
Plan ALZHEIMER - expérimentation	6,0		
CPER	20,0		
Sous-section 2		Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	155,0	Actions en faveur des personnes handicapées	155,0
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la section III	10,0
Charges prévisionnelles "PAM 2006-2007 et PAI 2008"	85,0	Reprise de provisions "Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement"	85,0
Plan d'Aide à l'Investissement des établissements 2009	50,0	Déficit	60,0
CPER	10,0		
<b>Section VI</b>	<b>17,1</b>	<b>Section VI</b>	<b>17,1</b>
<b>Frais de gestion de la caisse</b>		<b>Frais de gestion de la caisse</b>	
Dépenses de fonctionnement / CNSA	8,1	Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	17,0
Dépenses de personnel / CNSA	8,5	Produit exceptionnel pour remboursement M.A.D.	0,1
Excédent	0,6		
<b>Total des charges du compte prévisionnel</b>	<b>18 330,8</b>	<b>Total des produits du compte prévisionnel</b>	<b>17 792,5</b>
		<b>Résultat prévisionnel (déficit)</b>	<b>538,3</b>
<b>Total équilibre du compte</b>	<b>18 330,8</b>	<b>Total équilibre du compte</b>	<b>18 330,8</b>

- les concours versés aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa - 1,6 milliard d'euros prévus en 2009) ;

- les concours versés aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH - 561,4 millions) ;

- les concours versés aux départements au titre des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH - 45 millions d'euros).

Les concours au financement de l'Apa sont couverts par une fraction de 20 % du produit de CSA et par une fraction du produit de CSG comprise entre 88 % et 95 % (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 (26 % en 2008 et 2009).

Le dynamisme de ces ressources a considérablement diminué en 2008 et ce ralentissement devrait se confirmer en 2009.

#### **Evolution des recettes affectées par la CNSA au financement de l'Apa, de la PCH et des MDPH**

	2007		2008(p)		2009 (p)	
	Millions d'euros	% de progression	Millions d'euros	% de progression	Millions d'euros	% de progression
<b>1. Allocation personnalisée d'autonomie</b>						
• Fraction des produits de CSG	1 014	5,5	1 057	4,2	1 078	2,0
• Fraction des produits de CSA	444	6,5	469	5,6	474	1,0
• Participation des régimes d'assurance vieillesse	65	1,8	66	1,5	67	2,3
• Total	1 522	5,6	1 591	4,5	1 619	1,7
<b>2. Prestation de compensation du handicap et MDPH</b>						
• Fraction des produits de CSA	605	6,4	610	0,7	616	1,0

*Source : Annexe 8 du PLFSS 2009*

#### ***D. ... DANS UN CONTEXTE DE CROISSANCE TOUJOURS RAPIDE DES CHARGES LIÉES À LA DÉPENDANCE***

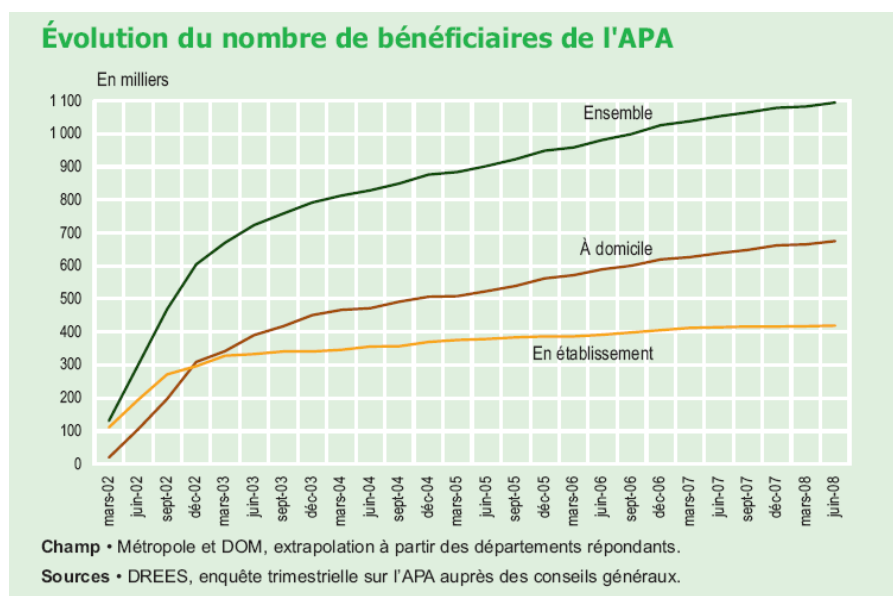
En charges, l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap continuent de bénéficier de taux d'évolution rapides, plus vifs que ceux des ressources de la CNSA, même si l'Apa subit un net infléchissement après des années de très forte progression.

Selon une étude récente de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)<sup>1</sup>, en effet, au 30 juin 2008, **1 094 000 personnes** bénéficiaient de l'Apa, soit une augmentation de **4,4 %**

<sup>1</sup> « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2008 » - Etudes et résultats - n° 666 - octobre 2008.

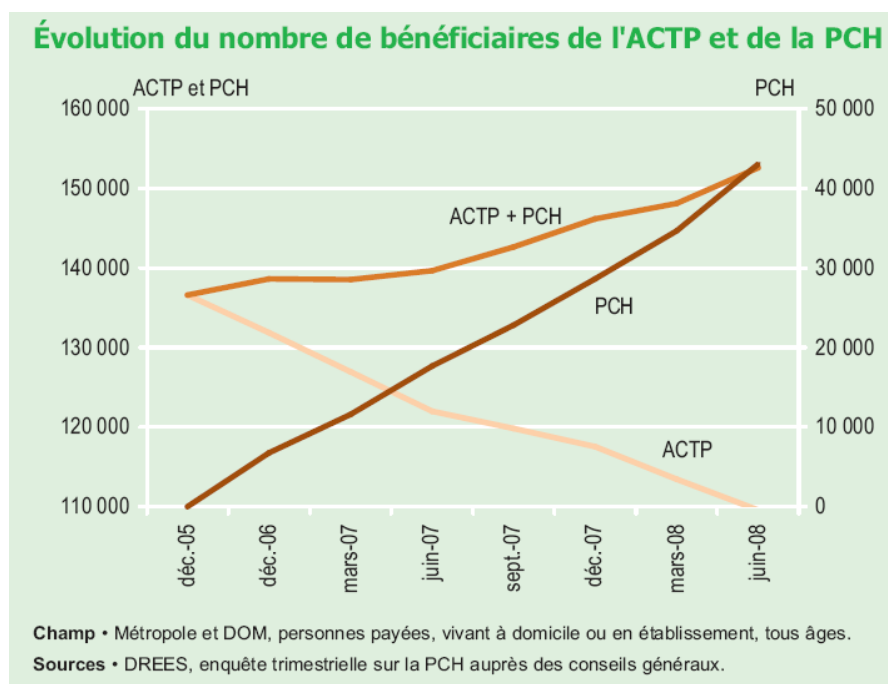
sur un an, en ralentissement par rapport à la hausse observée au cours de l'année précédente (6,8 % de juin 2006 à juin 2007). Le taux d'acceptation des premières demandes d'obtention de l'Apa reste stable : trois premières demandes d'Apa à domicile sur quatre sont acceptées, neuf sur dix en établissement. 5 % des bénéficiaires vivant à domicile et 6 % des personnes vivant dans un établissement ont cessé de percevoir l'Apa ou ont changé de dispositif au cours du trimestre.

Au 30 juin 2008, 62 % des bénéficiaires de l'Apa vivaient à domicile (contre 60 % en juin 2007), et 38 % en établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa). La part des personnes modérément dépendantes, bénéficiaires de l'Apa relevant du Gir 4, reste constante (44 %). Leur proportion est toujours nettement plus élevée à domicile (57 %) qu'en établissement (24 %). A domicile, le montant moyen du plan d'aide attribué est de 504 euros par mois (dont 414 euros à la charge des conseils généraux) et de 460 euros pour les personnes qui résident en établissement (dont 310 euros à la charge des conseils généraux).



Parallèlement, fin juin 2008, 43 000 personnes ont été payées au titre de la prestation de compensation du handicap contre 19 200 à la fin juin 2007 (soit une augmentation de 140 % en un an). La dépense mensuelle moyenne par personne s'est élevée à 1 090 euros en juin 2008.





La charge des prestations versées par les départements au titre de l'Apa et de la PCH subissant une croissance plus soutenue que les ressources apportées par la CNSA, le « taux de couverture » national (rapport entre les concours de la CNSA et le montant des prestations versées) devrait diminuer légèrement :

- pour l'Apa, ce taux devrait passer de 33,5 % en 2007 à environ **32,4 %** en 2008 (avec une hypothèse d'augmentation des dépenses d'Apa de 5,4 %)¹ ;

#### Taux de couverture, dépenses et concours Apa de 2002 à 2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dépenses (en milliers d'euros)	1 855 359	3 205 165	3 590 959	3 930 008	4 243 036	4 539 658
Concours (en milliers d'euros)	797 940	1 323 140	1 338 517	1 341 078	1 411 586	1 521 389
Taux de couverture	43,0 %	41,3 %	37,3 %	34,1 %	33,3 %	33,5 %

- pour la PCH, la diminution est plus rapide, en raison du changement de rythme de croissance : en 2006 et 2007, en l'absence du plafonnement du concours de la CNSA et du démarrage relativement lent de la prestation, le taux de couverture a été très supérieur à 100 % (191 % en 2007) ; en 2008 en

¹ Hypothèse formulée dans le rapport d'activité 2008 de la CNSA - page 14. Sur le fondement de cette hypothèse, il est vraisemblable que le taux de 30 % devrait être approché en 2009 (soit un taux de participation des départements de 70 %).

revanche, la montée en puissance de la PCH pourrait faire apparaître un taux de couverture proche de 100 %.

En pourcentage des dépenses, le concours de la CNSA au financement de l'Apa versé aux départements de France métropolitaine a été, en 2007, minimal pour les Hauts-de-Seine (6,7 %), les Yvelines (16,8 %) et Paris (16,8 %) et maximal pour la Meuse (43,4 %), le Gers (51,5 %) et la Creuse (59,9 %). **Rapportée au potentiel financier des départements, la charge nette des dépenses d'Apa après concours versé par la CNSA reste très dispersée** : elle varie ainsi, en France métropolitaine, de 3 % - 4 % (Hauts-de-Seine, Yvelines, Paris, Seine-et-Marne ou Essonne) à 15 % - 17 % (Ariège, Gers, Tarn, Corrèze, Lot).

La mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque<sup>1</sup> estime ainsi que des aménagements doivent être apportés au système actuel de péréquation<sup>2</sup>, et ce d'autant plus que les dépenses d'Apa résultent pour une grande part d'une prévalence du risque inégalement répartie selon les catégories socioprofessionnelles : **certains départements font ainsi face, du fait de leur structure sociodémographique, à des charges élevées au regard de leur potentiel financier.**

#### ***E. LE NÉCESSAIRE RENFORCEMENT DU CONTRÔLE DU PARLEMENT SUR LES MOYENS PUBLICS AFFECTÉS AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL***

Pour conclure le chapitre budgétaire, votre rapporteur déplore, dans les mêmes termes que le rapport Gisserot<sup>3</sup> et celui de la mission sénatoriale sur le cinquième risque, **l'absence d'insertion claire de la CNSA dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.**

Compte tenu des contraintes constitutionnelles qui limitent le champ des lois de financement à l'équilibre financier de la sécurité sociale, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 n'a pas permis d'atteindre cet objectif. Elle a certes consacré l'existence de la CNSA en tant qu'organisme finançant et gérant des dépenses relevant de l'Ondam, en créant trois outils :

- la déclinaison de l'Ondam en sous-objectifs, qui permet au Parlement de voter l'Ondam médico-social personnes âgées et l'Ondam médico-social personnes handicapées gérés par la CNSA. Mais l'objectif global des dépenses (OGD) qui intègre, outre l'Ondam, la contribution de la CNSA sur ses recettes propres ne fait pas l'objet d'un vote au Parlement ;

---

<sup>1</sup> « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape » - Rapport n° 447 (2007-2008) - Tome I - p. 206-207 - Philippe Marini, président, Alain Vasselle, rapporteur.

<sup>2</sup> Se reporter à l'annexe n° 2 du présent rapport.

<sup>3</sup> « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix » - Hélène Gisserot - page 85.

- la possibilité de voter, en loi de financement, des dispositions législatives relatives aux recettes et aux dépenses de la CNSA, dans la mesure où celles-ci ont un effet sur les dépenses d'assurance maladie. La jurisprudence du Conseil constitutionnel en la matière n'est cependant pas encore stabilisée. Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, il n'a en effet pas censuré une disposition relative aux modalités de fixation des tarifs et taux de prise en charge de la PCH alors même que l'année suivante, dans le projet de loi de financement pour 2007, il a censuré un article relatif aux modalités de versement de la PCH aux départements ;

- les annexes informatives : la CNSA fait l'objet d'un programme de qualité et d'efficacité (PQE) depuis le projet de loi de financement pour 2008 ; une annexe est en outre consacrée aux comptes de la caisse (annexe 8 qui contient les données comptables relatives à la plupart des structures participant au financement de la protection sociale ou recevant des ressources des organismes de sécurité sociale).

Il conviendrait probablement d'aller plus loin, le cas échéant par une évolution de la Constitution ou de la loi organique, afin de permettre au Parlement de voter chaque année, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, des tableaux d'équilibre (dépenses, recettes, solde) pour le risque « perte d'autonomie ». Ce tableau devrait présenter l'intégralité des dépenses et des recettes, y compris les ressources propres de la CNSA accordés aux départements au titre de l'Apa et de la PCH et le complément que la caisse apporte sur ces mêmes ressources à l'Ondam médico-social.

## II. LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS À DESTINATION DU GRAND ÂGE ET DU HANDICAP

Les moyens nouveaux dégagés par le Gouvernement sur les deux Ondam médico-sociaux (et sur les OGD) lui permettront de respecter, en 2009, l'intégralité des engagements pris dans le cadre des différents plans annoncés ou confirmés depuis l'été 2007.

Au-delà de cet effort et du respect de la parole donnée, qui méritent d'être salués, votre commission souhaite cependant apporter quelques éléments de réflexion sur certains sujets difficiles, comme le rythme encore trop lent de réalisation des places nouvelles annoncées en Ehpad, le montant élevé du reste à charge incombant aux familles des personnes âgées hébergées en établissement ou encore le manque d'attractivité des métiers du médico-social.

### A. LE RESPECT DES ENGAGEMENTS PRIS

#### 1. Des plans annoncés par le Gouvernement dans le domaine de la perte d'autonomie des personnes âgées...

##### a) *Le plan Solidarité-Grand Age (2007-2012)*

Le plan Solidarité-Grand Age (PSGA) a été présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas, alors ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Se substituant au plan Vieillesse et solidarités, annoncé à la suite du drame de la canicule de l'été 2003, il en amplifie et prolonge les principales mesures. Il se fonde, en effet, dans la logique définie par le rapport du centre d'analyse stratégique<sup>1</sup>, sur des **objectifs quantitatifs plus ambitieux** que ceux fixés dans le plan précédent en prévoyant la création :

- de **6 000 places de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) par an** jusqu'en 2009 et de **7 500 places à compter de 2010**, pour un objectif final de 232 000 places installées en 2025 ;

- de **2 500 places d'accueil de jour** et de **1 100 places d'hébergement temporaire supplémentaires chaque année** pendant toute la durée du plan ;

- de **5 000 places médicalisées en Ehpad chaque année**, soit le double de la programmation fixée dans le cadre du plan Vieillesse et solidarités.

Il convient de souligner que le PSGA a été confirmé en mai 2007<sup>2</sup>, le nouveau Gouvernement choisissant toutefois de mettre l'accent sur le

---

<sup>1</sup> « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix ». Rapport du centre d'analyse stratégique (Cas) - juin 2006.

<sup>2</sup> Communiqué de presse du 26 mai 2007.

renforcement des créations de places supplémentaires en Ehpad, dont le rythme devait passer de 5 000 à 7 500 par an en 2008 et 2009. Les formules alternatives à l'hébergement en Ehpad devaient également être légèrement reprofilées (2 125 places nouvelles par an en accueil de jour et 1 125 places en hébergement temporaire).

En 2007, pour la première année de mise en œuvre du plan, au total 6 000 places de Ssiad, 2 125 places d'accueil de jour, 1 125 places d'hébergement temporaire et 5 000 places médicalisées en Ehpad ont ainsi été créées.

### 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
<b>Total</b>	<b>14 250</b>	<b>16 750</b>	<b>16 750</b>	<b>15 750</b>	<b>15 750</b>	<b>15 750</b>	<b>95 000</b>

Source : Secrétariat d'état à la solidarité

Le plan Solidarité-Grand Age comprend, par ailleurs, tout un ensemble de dispositions destinées à encourager :

- le soutien au maintien à domicile (consultation gratuite de prévention offerte aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans, développement des services à la personne par le biais de mesures incitatives, modernisation des services et professionnalisation des intervenants) ;

- le répit des aidants familiaux (mesures relatives aux frais de transport des usagers des accueils de jour, congé de soutien familial pour accompagner un proche dont la perte d'autonomie présente une particulière gravité, mise en place d'un statut de l'aidant familial) ;

- les nouvelles formes de logement proposées aux personnes âgées (réforme du régime de l'agrément au titre d'activités de services à la personne, amélioration du statut des accueillants familiaux, modernisation des logements-foyers, réflexion sur « la maison de retraite de demain ») ;

- un effort accru d'encadrement : augmentation des effectifs de personnels soignants, amélioration des taux d'encadrement (selon le principe d'un ratio d'un professionnel pour chaque résident dans les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes), poursuite de la médicalisation, nouvelle étape dans la réforme de la tarification des établissements avec le développement de la coupe Pathos, mesures relatives au médecin coordonnateur, organisation de la formation au diplôme d'aide soignant pour les salariés des établissements d'hébergement.

**Mise en œuvre des plans « vieillissement et solidarités » et « Solidarité-Grand Age » 2004/2008**

Etablissements et services	Tranches annuelles du plan « vieillissement et solidarités »	2004		2005		2006		2007		2008	
<b>Mesures nouvelles + EAP</b>		<b>498,5 millions d'euros</b>		<b>437,7 millions d'euros</b>		<b>586,99 millions d'euros</b>		<b>662 millions d'euros</b>		<b>655,6 millions d'euros</b>	
Ondam		347,5 millions d'euros		220,7 millions d'euros		360,55 millions d'euros		363 millions d'euros		408 millions d'euros	
CNSA		151 millions d'euros		217 millions d'euros		226,44 millions d'euros		299 millions d'euros		247 millions d'euros	
Ssiad	4 250 places 9 900 millions d'euros/place	4 250 places		5 435 / 6 000 places	27,59 millions d'euros 6 mois	4 575 / 4 250 places + 1 750 PSGA	22,19 millions d'euros 6 mois	4 707 places autorisées 3 913 installées / 6 000 places	32 millions d'euros 6 mois + 5 millions d'euros Ssiad renforcés	6 000 places	31,5 millions d'euros 6 mois
Accueils de jour	2 125 places 7 000 millions d'euros/place	1 578 places		1 578 / 2 125 places	7,45 millions d'euros 6 mois	1 003 / 2 125 places	10,18 millions d'euros 8 mois	1 310 places autorisées 745 installées / 2 125 places	8 millions d'euros 6 mois	2 125 places	10,7 millions d'euros 6 mois + forfait transport
Hébergement temporaire	1 125 places 10 200 millions d'euros/place	830 places		666 / 1 125 places	5,78 millions d'euros 6 mois	341 / 1 125 places	7,91 millions d'euros 8 mois	785 places autorisées 409 installées / 1 125 places	6 millions d'euros 6 mois	1 125 places	6 millions d'euros 6 mois
Création de places médicalisées en Ehpad	2 500 places 6 800 millions d'euros/place	4 206 places	27,3 millions d'euros	5 794 places	36,75 millions d'euros	4 399 / 5 000 places	33,5 millions d'euros	6540 places installées / 5 000 places	38 millions d'euros 12 mois	7 500 places	65,3 millions d'euros 12 mois
Médicalisation des Ehpad existants (objectif de conventions tripartites)	1 500 conventions	1 238 conventions signées <b>Total cumulé 3 732 CT depuis 2000</b>		967 conventions signées <b>Total cumulé 4 744 CT depuis 2000</b>		666 conventions signées <b>Total 5 410 CT depuis 2000</b>	158,9 millions d'euros	148 311 places suppl. médicalisées dont 75 192 sur la base du GMPS <b>Total 6 984 CT</b>	241 millions d'euros CT initiales et renouvelle- ments après coupe Pathos	50 000 places tarification par arrêté + 150 000 places tarification GMPS (coupe Pathos)	241 millions d'euros

Au 31 décembre 2007, le montant cumulé des crédits supplémentaires d'assurance maladie attribué dans le cadre des 6 984 conventions tripartites signées à cette date s'élève à 1,5 milliard d'euros. Depuis le début du conventionnement, les conventions tripartites ont permis la création de 39 210 emplois (ETP) de personnel soignant (30 817 aides-soignants, aides médico-psychologiques et 8 393 infirmiers diplômés d'Etat).

Le plan Solidarité-Grand Age constitue le socle de la politique publique menée en faveur des personnes dépendantes jusqu'en 2012. Il est toutefois complété par deux volets spécifiques : le premier consacré au recrutement des personnels, le second à la maladie d'Alzheimer.

*b) Le plan en faveur des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes (plan Létard)*

Promouvoir les métiers du secteur médico-social apparaît difficile, alors que les besoins de la population dans ce domaine ne cessent de s'accroître. Le centre d'analyse stratégique (Cas) avait d'ailleurs particulièrement souligné dans son rapport la dimension budgétaire et financière du problème, la faiblesse des salaires versés, ainsi que les tâches exigeantes et peu gratifiantes que ces personnels sont chargés d'accomplir.

Au-delà du seul problème du niveau des rémunérations, il convient en effet de développer la validation des acquis de l'expérience (VAE), de renforcer la promotion sociale, tout en améliorant la perception de cette filière économique par l'opinion publique.

La secrétaire d'Etat à la solidarité, Valérie Létard, a présenté le 12 février 2008 un plan en faveur des métiers de la dépendance<sup>1</sup>. Les pouvoirs publics évaluent à près de 900 000 le nombre des professionnels travaillant en établissements ou dans le cadre de l'aide à domicile et estiment que, sur la période 2005-2015, **400 000 emplois au total seraient à pourvoir** dans ce secteur d'activité : 200 000 postes afin de remplacer des départs en retraite et 200 000 emplois correspondant à des créations nettes destinées à faire face aux besoins de la population<sup>2</sup>.

L'initiative de la secrétaire d'Etat à la solidarité repose principalement sur les **principes d'expérimentation régionale et de concertation avec l'ensemble des acteurs concernés**. Il s'agit de permettre une mutualisation des financements autour d'objectifs communs, qui seront définis dans le cadre de conventions nationales et régionales.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, en effet, les conseils régionaux sont responsables de la définition et de la mise en œuvre de la politique de formation des travailleurs sociaux. L'Etat souhaite donc s'engager dans une démarche contractuelle avec les régions, les réseaux associatifs, la CNSA, ainsi que les organismes paritaires collecteurs agréés du financement des employeurs au titre de la formation professionnelle (OPCA). Un comité de pilotage est également chargé d'élaborer un répertoire des métiers de la dépendance, de travailler à l'adaptation des formations et d'élargir les possibilités de recrutement. La création de passerelles entre les secteurs de la petite enfance, des personnes âgées et des personnes handicapées est prévue, ainsi que le renforcement de l'utilisation de la VAE.

---

<sup>1</sup> « Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes ».

<sup>2</sup> Dossier de presse du secrétariat d'Etat à la solidarité.

Il convient toutefois de noter que le **financement de ce plan ne repose qu'à hauteur de 10 millions d'euros sur l'Etat lui-même, soit moins de 1 % du montant global annoncé** de 1,18 milliard. Outre l'implication de la CNSA pour 50 millions, la puissance publique **table surtout sur la participation des régions** (670 millions de dépenses) **et des OPCA** (450 millions). Encore faut-il préciser qu'il s'agit là de dépenses déjà existantes, réorientées vers la réalisation du plan Létard. **Les crédits nouveaux sont relativement limités : 8 millions versés par la CNSA** destinés à soutenir les trois expérimentations régionales menées en 2008, dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Centre. L'intérêt de ce plan consiste donc moins à prévoir des financements nouveaux qu'à chercher à mieux coordonner les actions menées et, *in fine*, à rationaliser et à gérer plus efficacement les crédits consacrés à cette politique.

*c) Le plan Alzheimer 2008-2012*

L'élaboration du plan Alzheimer 2008-2012 s'est appuyée sur les travaux de la commission présidée par le professeur Joël Ménard, dont le rapport a été remis au Président de la République le 8 novembre 2007<sup>1</sup>.

Le nouveau plan, annoncé par le Président de la République le 1<sup>er</sup> février 2008 à Sophia Antipolis, comprend **quarante-quatre mesures, structurées autour de quatre axes**. Ce plan devrait mobiliser au total **1,6 milliard d'euros sur la période 2008-2012, essentiellement financés par l'assurance maladie et la CNSA**.

**Répartition des financements consacrés à la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012**

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	Total des dépenses liées aux mesures
Volet médico-social	254	134	202	274	379	<b>1 242</b>
<i>dont fonctionnement</i>	74	134	202	274	379	1 062
<i>dont investissement</i>	180	0	0	0	0	180
Volet sanitaire (hors recherche clinique)	23	44	48	53	59	<b>226</b>
Volet recherche	29	42	38	46	45	<b>201</b>
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>220</b>	<b>288</b>	<b>373</b>	<b>482</b>	<b>1 669</b>

Source : Dossier de présentation du plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, 1<sup>er</sup> février 2008.

<sup>1</sup> Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Rapport remis au président de la République le 8 novembre 2007 « Pour le malade et ses proches - Chercher, soigner et prendre soin ».



On rappellera que l'effort supplémentaire en faveur de la prise en charge de cette maladie devait être financé par **l'instauration de franchises** sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008<sup>1</sup>, visait ainsi à permettre, grâce à la réalisation de 850 millions d'euros d'économies, d'accroître les financements en faveur non seulement de la lutte contre la maladie d'Alzheimer, mais aussi du développement des soins palliatifs et de la lutte contre le cancer. Ce schéma revêt la forme d'une décision de principe politique très ferme. Mais sa portée nécessite d'être réaffirmée dans le détail des mesures réglementaires et législatives, en l'absence de « fléchage » et de cantonnement des sommes annoncées au profit des actions définies comme prioritaires.

Par ailleurs, ce schéma de financement prévisionnel nécessiterait d'être précisé plus avant. D'après les renseignements obtenus par votre rapporteur, il semble, sur la base d'une règle très simple des « trois tiers », que la prise en charge spécifique de la maladie d'Alzheimer puisse bénéficier d'environ **280 millions d'euros par an**. Mais cet apport se serait limité à 160 millions pour la première année en 2008<sup>2</sup>.

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) ;

---

<sup>1</sup> Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

<sup>2</sup> Lors de son audition par la commission, le 28 octobre dernier, Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a indiqué que le montant des franchises serait encore, en 2009, d'au moins 800 millions d'euros, somme qui permettra de financer **les deux tiers** de l'augmentation des moyens nouveaux placés dans la couverture des trois besoins prioritaires (Alzheimer, cancer, soins palliatifs). Le Parlement ne dispose cependant toujours pas, en l'état, d'informations précises sur le fléchage de la mesure.

- 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.

**Tous les financements annoncés n'ont pas vocation à s'ajouter à ceux dégagés pour la réalisation du plan Solidarité-Grand Age (PSGA). 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 ; en revanche, la prise en charge des transports des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi que les expérimentations de formules de répit nouvelles comme la garde itinérante de jour et de nuit, la garde à domicile ou l'accueil de nuit, seront financées sur le budget de la CNSA hors OGD ;

- la mise en place d'unités spécifiquement dédiées aux patients « Alzheimer », au sein des Ehpad ou dans des structures autonomes adaptées ; ces unités renforcées en personnel doivent voir le jour dans le cadre du processus de médicalisation des établissements prévu par le PSGA, avec une montée en charge progressive du taux d'encadrement ; l'estimation du coût de leur mise en place à l'horizon 2012 est de 186 millions d'euros en fonctionnement pour l'assurance maladie et 180 millions ont été prévus en 2008 dans le cadre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA.

## **2. ... aux réalisations effectives en 2008 et 2009**

### *a) L'exécution de la troisième tranche du plan Solidarité-Grand Age*

• L'objectif général de dépenses (OGD) personnes âgées pour 2009 doit permettre l'exécution de la troisième tranche du plan Solidarité-Grand Age, conformément aux objectifs fixés par le Gouvernement en 2007. Grâce à la majoration de 566 millions d'euros des moyens (voir I) :

- une somme de 49 millions supplémentaires est dégagée pour développer la politique de libre choix du domicile, afin de permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible. Cette enveloppe correspond à la création de :

- **6 000 places de Ssiad** ;

- **3 250 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire** (2 125 places nouvelles en accueil de jour et 1 125 en hébergement temporaire) ;

- un montant global de 375 millions vient s'ajouter aux dotations déjà attribuées aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, dont :

- 75 millions pour la création de **7 500 places en Ehpad** (pour un coût de 10 000 euros la place), parmi lesquelles 2 400 seront spécifiquement dédiées aux personnes atteintes d'Alzheimer ;

- 300 millions afin d'accroître les effectifs salariés par les établissements de **10 000 emplois nouveaux** sur des postes d'infirmiers et d'aides soignants (10 000 places ayant déjà été créés en 2008 pour le même montant).

- enfin, 76 millions seront apportés, sur la section 4 du budget de la CNSA, pour une large part consacrés au financement du plan de recrutement et de formation aux métiers du grand âge, mais aussi à des actions de sensibilisation aux phénomènes de maltraitance ainsi qu'au soutien aux aidants et aux accueillants familiaux.

- Selon les éléments contenus dans le dossier de presse du présent projet de loi de financement, augmenter de 10 000 le nombre des personnels soignants en Ehpad permettra d'honorer les engagements pris dans le cadre de la signature des conventions tripartites<sup>1</sup> de deuxième génération, dont la mise en œuvre doit se traduire par une hausse moyenne de 30 % des effectifs médicaux et paramédicaux.

En ce qui concerne les conventions de premières générations, l'application de l'article 69 de la loi de financement pour 2008 a eu l'effet escompté en contraignant les derniers établissements et conseils généraux récalcitrants à les signer : le taux de réalisation atteindrait environ **98 %** à la fin de cette année.

- Le processus de partitionnement des unités de soins de longue durée (USLD) doit, en principe, s'achever avant le 30 juin 2009, en application des dispositions de l'article 46-III de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Le bilan des partitions effectuées en 2008 et à réaliser en 2009 révèle qu'un peu plus de la moitié des places (53,7 %) basculerait dans le secteur médico-social pour un peu moins de la moitié conservant un statut d'USLD.

Année \ Nombre de lits	Capacité totale	Capacité devenant médico-sociale	Capacité restant sanitaire	% capacité médico-sociale	% capacité sanitaire
2008	13 330	6 087	7 223	45,7 %	54,2 %
2009	26 348	15 216	11 132	57,8 %	42,2 %
<b>Total 2008-2009</b>	<b>39 678</b>	<b>21 303</b>	<b>18 355</b>	<b>53,7 %</b>	<b>46,3 %</b>

Source : Secrétariat d'Etat à la solidarité

---

<sup>1</sup> La signature de conventions tripartites - établissement concerné, Ddass et président du conseil général - est la conséquence de la réforme de la tarification introduite par l'article 23 de la loi du 24 janvier 1997 (n° 97-60 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance).

• **L'amélioration du taux d'encadrement** des personnes âgées hébergées en Ehpad est l'un des enjeux majeurs de la politique de médicalisation conduite depuis le début de la décennie et la réforme tarifaire et constitue l'un des axes forts du plan Solidarité-Grand Age.

Un premier bilan et des projections ont pu être établis par la CNSA à partir du logiciel Saisehpad<sup>1</sup> qui permet de suivre l'évolution chiffrée du conventionnement.

Le processus engagé en 2000 a permis la création de 39 210 emplois d'infirmiers et d'aides soignants, se traduisant par une hausse du ratio d'encadrement de 43 %. Le taux d'encadrement est ainsi aujourd'hui d'environ **0,25 pour 1** personne âgée s'agissant du personnel soignant et de 0,6 pour 1 tous cadres d'emplois confondus, dans les établissements ayant signé une convention de première génération (c'est-à-dire, on l'a vu, la quasi-totalité à fin 2008).

#### Effet de la médicalisation initiale sur les taux d'encadrement en Ehpad

	Avant le début de la médicalisation (avant 2000)	Effets de la médicalisation (depuis 2000)
Taux d'encadrement Section soins	17,7 %	25,3 %
<b>Evolution</b>		<b>+ 42,7 %</b>
Taux d'encadrement Sections hébergement et dépendance	35,0 %	36,0 %
Taux d'encadrement Toutes sections confondues	52,7 %	61,3 %
<b>Evolution</b>		<b>+ 16,3 %</b>

Source : CNSA - Saisehpad

Deux scénarios étaient envisagés dans le rapport précité du Cas ; ils différaient par l'ampleur du rattrapage du taux d'encadrement du personnel soignant sur la période 2005-2010 :

- dans le scénario bas, une augmentation de 26 000 équivalents temps plein (ETP) en personnel soignant permettait d'atteindre un taux d'encadrement médical de 28,3 % (+ 3 points) en 2010 ;

- dans le scénario haut, le taux d'encadrement médical progressait davantage : 62 000 ETP supplémentaires, permettant d'arriver à un taux d'encadrement en personnel soignant de 35,3 (+ 10 points) en 2010.

Pour la période suivante, 2010-2025, les taux d'encadrement devraient rester identiques à niveau de dépendance donné.

<sup>1</sup> Saisehpad : Saisie pour les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

En pratique, **les réalisations du PSGA s'inscrivent plutôt dans le cadre du scénario bas**, même s'il convient d'être prudent car les données récoltées à ce jour dans le cadre de l'application Saisehpad sont partielles et ne prennent pas en compte les effectifs de médecins coordonnateurs ni ceux des professions paramédicales. Sur la base d'une évaluation effectuée en juin 2008, à partir d'un échantillon de 85 000 places passées en tarification au GMPS (Gir moyen pondéré soins), il apparaît, en effet, que la médicalisation de seconde génération permettra de porter le taux d'encadrement de la section soins de 0,25 pour 1 personne âgée à un peu plus de 0,3 en 2012, et le taux d'encadrement toutes sections confondues d'un peu plus de 0,6 pour 1 à 0,67 au même horizon.

**Effet de la médicalisation de seconde génération (tarification au GMPS)  
sur les taux d'encadrement en Ehpad**

	Médicalisation initiale	Effets de la médicalisation de seconde génération (estimation 2007-2012)
Taux d'encadrement Section soins	25,3 %	30,5 %
<b><i>Evolution</i></b>		<b>+ 20,5 %</b>
Taux d'encadrement Sections hébergement et dépendance	36,0 %	37,0 %
Taux d'encadrement Toutes sections confondues	61,3 %	67,5 %
<b><i>Evolution</i></b>		<b>+ 10,0 %</b>

*Source : CNSA - Saisehpad*

Il faut bien sûr saluer cette progression continue des taux d'encadrement, à laquelle contribuera la création de 10 000 emplois d'infirmiers et d'aides soignants en 2009, même si certaines voix s'élèvent de bonne foi pour en souligner le caractère insuffisant. Le rythme permis par le PSGA est acceptable à défaut d'être idéal :

- il est tout d'abord réaliste, car il tient compte des difficultés considérables de recrutement rencontrées par l'ensemble du secteur médico-social ;

- il demeure compatible avec l'effort attendu de notre pays pour se conformer aux standards constatés dans d'autres pays comparables, même si l'alignement ne se fait pas sur les nations les mieux dotées (en l'occurrence les pays scandinaves) ;

- enfin, il ne préjuge pas de l'effort supplémentaire qui devra certainement être fourni après 2012 et ne signifie pas que cet effort doive être relâché par la suite.

Au surplus, on rappellera que le centre d'analyse stratégique avait fixé à l'horizon 2025 la réalisation des objectifs fixés dans son rapport.

*b) La mise en œuvre concrète du plan Alzheimer*

• Un état d'avancement du plan Alzheimer a été dressé par le Président de la République le 19 septembre 2008.

Sept mois après le lancement du plan, les actions prévues pour ces premiers mois ont toutes été engagées. Seule la création de l'espace de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer a démarré avec retard.

En ce qui concerne le premier axe (améliorer la qualité de vie des malades et des aidants), les mesures suivantes ont été mises en œuvre :

- l'élaboration en juillet 2008, par les ministères chargés de la solidarité et de la santé, du cahier des charges de l'expérimentation des **maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia)** et le lancement de l'appel à candidature pour une dizaine de sites expérimentateurs ;

- le lancement en janvier 2008, par l'agence nationale de la recherche (ANR), d'un appel à projets relatif à la domotique et aux nouvelles technologies de l'information et de la communication destinées à compenser la perte d'orientation et d'autonomie des malades ;

- la publication, par la Haute Autorité de santé, des recommandations professionnelles pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en mai 2008 ;

- la création, par la direction générale de la santé et l'association France Alzheimer, d'une carte d'information « maladie d'Alzheimer » pour chaque malade, l'édition de 100 000 cartes et la diffusion sur commande, aux médecins, de 7 300 cartes au premier semestre 2008 par France Alzheimer ;

- les instructions données par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins aux acteurs hospitaliers locaux pour la création de **trente-huit consultations « mémoire »** et de trois centres de mémoire et de ressources dans les zones non pourvues, ainsi que pour le renforcement des consultations « mémoire » à forte activité ;

- le lancement, en mai 2008, par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'un appel à projets pour la création, ou la modernisation, au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes d'unités adaptées aux patients souffrant de troubles comportementaux ;

- les instructions données aux acteurs hospitaliers locaux pour l'identification d'unités spécialisées au sein des services de soins de suite et de réadaptation ;

- l'appel d'offres lancé pour un centre national de référence pour les malades jeunes.

Pour ce qui est de l'axe n° 2 (connaître pour agir), les mesures appliquées sont :

- la création de la fondation de coopération scientifique (FCS) pour stimuler et coordonner la recherche, par décret en date du 27 juin 2008 ;

- la sélection et le financement de treize projets pour développer la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer et améliorer l'évaluation des thérapies non médicamenteuses dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique 2008 ;

- la sélection et le financement de sept projets de recherche nationaux multidisciplinaires dans le cadre des appels à projets de l'ANR.

Enfin, pour l'axe n° 3 (se mobiliser pour un enjeu de société), ont été mis en œuvre :

- le lancement d'une réflexion sur le statut juridique de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en établissement, par la mise en place d'un groupe de travail secrétariat d'Etat à la solidarité/ministère de la justice ;

- le financement de l'observatoire national de recherche sur la maladie d'Alzheimer (Onra), chargé de la mise en ligne des protocoles thérapeutiques en cours en France afin d'informer les malades et leurs proches.

Les mesures visant à créer un espace de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer et organiser un colloque qui aurait dû avoir lieu en juin 2008 ont toutefois pris quelques mois de retard. L'appel à projet vient seulement d'être publié par voie de circulaire et la sélection de ce centre de référence aura lieu d'ici la fin de l'année 2008.

- Cet effort consacré à Alzheimer et la priorité que le Président de la République a souhaité accorder à cette grande cause nationale se justifient par **un état de la prise en charge de cette maladie qui demeure préoccupant.**

Dans une note parue début octobre 2008, la fondation Médéric Alzheimer constate certes qu'il y a aujourd'hui davantage d'établissements déclarant accueillir à l'entrée les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (6 827 établissements, soit 69 % de l'ensemble, contre 6 276 il y a deux ans, soit 63 %). Ce chiffre masque cependant des évolutions contrastées : ainsi, les Ehpad, en raison des conventions tripartites avec l'Etat et les conseils généraux, sont effectivement plus nombreux à accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (5 690 aujourd'hui contre 4 068 il y a deux ans), tandis que les autres établissements, comme les foyers logement ou les maisons de retraite, se consacrent moins à ce type d'accueil. Une analyse géographique révèle que les régions méridionales sont celles où l'on constate les taux les plus importants d'établissements déclarant accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La situation inverse (taux les plus élevés d'établissements refusant d'accueillir ce type de malades) se

retrouve dans les régions les plus septentrionales (avec néanmoins des écarts importants entre départements à l'intérieur de ces groupes).

Au total, le nombre d'unités spécifiques Alzheimer est passé de 1 200 à plus de 1 500 en deux ans et, en 2008, l'ensemble constitué par les établissements entièrement dédiés à la maladie d'Alzheimer et par les unités spécifiques représente plus de 34 000 places (contre 30 500 en 2006) : 6 236 places dans des établissements entièrement dédiés et 28 024 places en unités spécifiques. Les zones géographiques les mieux dotées sont situées autour de l'Ile-de-France, aux confins de l'Auvergne et de Rhône-Alpes et dans le sud de la Bretagne.

Pour autant, la fondation constate que les établissements posent toujours autant de limites à l'accueil de ces malades (69 % des établissements). C'est le cas dans une minorité d'USLD (46 %) mais la situation se rencontre presque systématiquement dans les foyers logements (97 %). Ces limites portent sur certains aspects du comportement ou de l'état de santé des malades (tendance à fuguer, agressivité ou violence dans le comportement, dépendance physique particulièrement lourde...). Par ailleurs, seul un tiers des établissements accueillant ces malades déclarent disposer d'un espace de vie pour organiser, pendant la journée, des activités adaptées aux personnes malades. C'est en particulier très rarement le cas dans les maisons de retraite (5 %).

**L'effort annoncé dans le cadre du plan Alzheimer apparaît donc ambitieux et justifié.** Le Gouvernement devra continuer de montrer une forte détermination pour qu'il porte tous ses fruits.

L'enquête de la fondation Médéric Alzheimer comporte également des données sur la formation des personnels provenant des réponses de 5 316 établissements accueillant à l'entrée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Dans 80 % de ces établissements, des personnels ont reçu une formation spécifique à la prise en charge de ces malades. Ces formations, plus fréquentes dans les USLD et les Ehpad, concernent rarement l'ensemble des personnels (autour de 17 % seulement). Au sein des Ehpad, la fondation note que la formation est plus rarement proposée à l'ensemble du personnel dans le secteur public que dans le privé, et notamment dans le privé commercial. A l'inverse, la formation destinée à une partie du personnel est plus souvent signalée dans le secteur public que dans le secteur privé.

Le projet de loi de financement pour 2009 comporte, en réponse à cette situation qui n'est pas satisfaisante, un volet important s'inscrivant dans le cadre du plan Létard annoncé en février dernier.



*c) L'accent mis sur la formation des publics au contact des personnes âgées dépendantes et sur la « bientraitance »*

- Le Gouvernement a mis en place, au début de l'année, les outils destinés à rendre plus attractifs les métiers du secteur médico-social, notamment au service des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. En 2009, plusieurs mesures de financement sont prévues en ce sens dans le cadre des crédits de formation de la CNSA. Ceux-ci devraient toutefois être également mobilisés au profit d'actions à portée plus qualitative, destinées à former les publics au contact de personnes dépendantes, notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les dispositifs mis en place se trouvent dans le plan « bientraitance » annoncé par Valérie Létard voici quelques jours, qui s'insère dans le plan « métiers » de février. Ils sont également définis au sein de l'article 46 du projet de loi de financement.

- La secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, Valérie Létard, a présenté, le 16 octobre dernier, les mesures en faveur de la **bientraitance** des personnes âgées en établissement.

Parmi les dispositions annoncées, figure notamment le renforcement des « contrôles surprises » dans les établissements médico-sociaux, alors qu'aujourd'hui la plupart des inspections sont programmées. Le Gouvernement prévoit que, sur les quelque mille contrôles annuels, la proportion des visites inopinées passe de 50 % à 80 %. La campagne d'affichage pour signaler l'existence du numéro national d'appel contre la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées (le 3977), mis en place en février dernier, sera en outre relancée et les responsables d'établissements devront en informer le conseil de vie sociale (qui comprend notamment des représentants des personnes accueillies ou prises en charge ainsi qu'un représentant des personnels).

Depuis son lancement, ce numéro national d'appel a été utilisé plus de 30 000 fois et l'analyse des 4 555 dossiers ouverts par l'association française pour la bientraitance des aînés ou handicapés (Afbah) révèle que les trois quarts des appelants sont des femmes, avec une majorité de dossiers concernant des situations à domicile (y compris les foyers logements et les résidences services).

Afin d'impliquer activement les professionnels du secteur sur ce thème, une mesure prévoit de demander à chaque établissement de fournir aux autorités de tutelle (Etat et conseil général) un questionnaire d'autoévaluation rempli et visé par la direction, le médecin et l'infirmier coordonnateurs, ainsi que par le ou la présidence du conseil de vie sociale. Par ailleurs, après la réunion du comité national de vigilance contre la maltraitance du 4 novembre, des assises départementales de la bientraitance seront organisées à l'initiative des préfets, avec les associations gestionnaires, les organisations de personnes âgées, les partenaires sociaux, les organismes de formation, les élus locaux et les différentes administrations de l'Etat.

Le questionnaire d'autoévaluation sera élaboré sous la coordination de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) et sera diffusé aux établissements début 2009 pour un retour des réponses en mai. Il visera notamment à évaluer les formations dont ont bénéficié les membres du personnel en matière de bientraitance. En l'absence de mise en place du processus d'autoévaluation, ou en cas d'incohérence manifeste dans le remplissage du questionnaire, l'établissement fera l'objet d'une « enquête-flash ».

Valérie Létard a souligné, en effet, le fait que « *la formation que les agents ont reçue n'est pas toujours adaptée à l'évolution de la perte d'autonomie et à la progression du nombre de résidents atteints notamment de maladies de type Alzheimer* ». Une des mesures consiste donc à former en trois ans quelque « 250 000 professionnels des maisons de retraite aux techniques d'accompagnement personnalisé des résidents », en priorité ceux d'entre les infirmiers et les aides soignants qui sont en contact quotidien avec les malades. Ce volet du plan « bientraitance », d'un coût de 132 millions d'euros, intégré au « plan des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes », devrait être financé conjointement par la CNSA et par les différents organismes collecteurs de la formation professionnelle. Il permettra de déployer en moyenne deux formateurs par établissement.

Enfin, le plan « bientraitance » prévoit également que l'Anesm monte, en lien avec les fédérations d'établissements et la CNSA, des formations spécifiques portant notamment sur la déclinaison sur le terrain des recommandations qu'elle aura publiées sur le sujet. Elle prévoit de publier à ce titre trois nouvelles recommandations d'ici à la fin de l'année, dont une portera sur la « mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ».

Par ailleurs, **l'article 46** du projet de loi de financement élargit le champ des actions de formation susceptibles d'être financées par la CNSA, conformément aux orientations définies par les plans « Alzheimer » et « autisme » ainsi que par le plan « métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes ».

L'article vise tout d'abord à inclure explicitement les formations des **aidants familiaux** dans le champ des actions éligibles à un financement au titre de la section 4 du budget de la CNSA afin de permettre la mise en œuvre des engagements du plan Alzheimer sur ce point.

Il prévoit également la faculté pour la CNSA de **prendre en charge une partie du coût du remplacement du salarié** lorsque celui-ci est en formation sur son temps de travail, et ainsi de permettre aux employeurs (Ehpad, Ssiad et Spasad) d'améliorer la qualification de leurs salariés, sans désorganiser le service, tout en allégeant le coût de la formation pour ces structures. C'est l'un des enjeux majeurs du plan « métiers » dans la mesure où l'une des causes bien identifiées des difficultés d'accès à la formation

continue dans les établissements et services accueillant des personnes âgées est le remplacement du salarié en formation (à titre d'exemple, la formation pour le diplôme d'Etat d'aide soignant dure un an).

Ensuite, en écho à la mission de réflexion et de proposition confiée à Valérie Rosso-Debord, députée de Meurthe-et-Moselle, pour identifier les freins au développement de l'accueil familial salarié et proposer des améliorations au statut de celui-ci, l'article 46 a également pour objet de permettre le cofinancement par la CNSA des actions de formation des **accueillants familiaux** mises en œuvre par les employeurs ou les organismes paritaires collecteurs agréés.

Enfin, l'article 46 autorise le financement, sur les excédents de la CNSA, des actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, des actions de tutorat, ainsi que des actions de professionnalisation des métiers et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux. Cette extension du champ de compétences de la CNSA constitue un levier important pour l'Etat afin de répondre aux objectifs fixés par le plan « métiers » du secteur médico-social de recrutement de 400 000 personnes à l'horizon 2015 et de structuration du secteur.

### 3. Le plan handicap

Lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin dernier, le Président de la République a annoncé le lancement d'un nouveau plan pluriannuel de création de places au profit des personnes les plus lourdement handicapées. Deux séries de mesures à portée financière ont été plus spécifiquement mises en exergue :

- la revalorisation de **25 % de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** ;

- la construction de **50 000 places d'accueil en établissements spécialisés**, dont le financement sera réparti sur cinq ans (10 000 places par an) et l'ouverture au public sera garantie à l'horizon de sept ans.

Les engagements pris sont, là encore, scrupuleusement respectés :

- le projet de loi de finances contient les crédits permettant de porter l'AAH à **682 euros** fin 2009 (soit 30 euros de plus qu'aujourd'hui et 54 euros de plus que début 2008) et de créer **1 400 places** en établissements et services d'aide par le travail (Esat) ;

- parallèlement, 350 millions d'euros de mesures nouvelles sont mobilisés dans le cadre de l'objectif global de dépenses-personnes handicapées pour la mise en œuvre du plan pluriannuel.

En ce qui concerne les **enfants**, la priorité continuera d'être donnée au développement de l'action précoce et au soutien à la scolarisation et à la

prise d'autonomie, à travers la création de quinze nouveaux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et de 1 100 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad). Une attention particulière sera portée au développement des services dédiés aux enfants autistes et déficients visuels, conformément aux plans annoncés par le Gouvernement au printemps dernier.

L'accent sera également mis sur le soutien aux familles des enfants les plus lourdement handicapés, à travers la création de 550 places d'instituts médico-éducatifs (IME) et d'instituts médico-professionnels (IMPro) plus spécifiquement dédiés à des pathologies particulières :

- 300 places pour les enfants autistes ;
- 100 places pour les enfants polyhandicapés ;
- 150 places pour les enfants souffrant de déficience intellectuelle.

Enfin, des réponses diversifiées, pour les enfants souffrant de troubles du comportement, seront développées à travers la création de douze nouveaux centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et de 250 nouvelles places en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep).

En ce qui concerne les **adultes**, le Gouvernement souhaite accompagner l'avancée en âge des personnes les plus lourdement handicapées, en finançant 1 800 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées (Mas) et en foyers d'accueil médicalisé (Fam) ainsi qu'en médicalisant 250 places de foyers de vie. Un nombre « plancher » parmi ces places nouvelles sera fléché vers la prise en charge de quatre publics spécifiques :

- 400 places pour les adultes autistes ;
- 350 places pour les adultes polyhandicapés ;
- 45 places pour les personnes traumatisées crâniennes ou cérébrolésées ;
- 260 places pour les personnes handicapées psychiques.

Le développement des services à domicile pour les adultes handicapés sera également poursuivi, avec la création de 1 500 places de Ssiad et de services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (Samsah). 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.

Enfin, le Gouvernement souhaite amorcer une organisation nationale de l'offre de places pour les handicaps à faible prévalence : la CNSA proposera en 2008 un projet de schéma national d'organisation pour le handicap rare, qui servira de base pour déterminer le maillage territorial adéquat et répartir les financements.

## ***B. COUP DE PROJECTEUR SUR QUELQUES SUJETS D'ACTUALITÉ***

Au-delà de la présentation des ambitions chiffrées du projet de loi de financement dans le secteur médico-social, votre rapporteur a souhaité donner un coup de projecteur sur trois questions qui suscitent le débat :

- la première - le caractère inadapté des procédures de planification-programmation - devrait recevoir une réponse dans le cadre du projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » ;

- la seconde touche le problème du reste à charge des familles devant assurer la prise en charge d'un parent dépendant et constitue le point nodal des projets tournant autour du cinquième risque ;

- la dernière, relative à la revalorisation des revenus des personnes employées dans la branche de l'aide à domicile, a un rapport direct avec le sujet de l'attractivité des métiers de la dépendance et n'a pas reçu, jusqu'à présent, de réponse complètement satisfaisante.

### **1. Le caractère inadapté des procédures de planification-programmation**

La **création des établissements publics ou privés accueillant des personnes âgées** obéit à une procédure relativement lourde subordonnée à une **autorisation** délivrée pour une durée de quinze ans (article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles), après **avis** du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms).

Cet avis est généralement positif, mais il n'est pas suffisant. Le projet doit, en outre, pour recevoir son autorisation, être inscrit au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac).

Les Priac, utilisés par la CNSA pour l'allocation de ses dotations, dressent, chaque année, pour l'année en cours et les quatre exercices suivants, les priorités régionales prévisionnelles de financement de créations ou de transformations d'établissements et de services médico-sociaux par département. Ils remplissent par ailleurs trois séries d'objectifs :

- rattraper les situations de sous-équipement ainsi que les inégalités territoriales entre régions et entre départements au sein d'une même région ;

- encourager l'adaptation de l'offre médico-sociale et la diversification des modes d'accompagnement ;

- donner de la visibilité à cinq ans, orienter les anticipations des porteurs de projets et servir d'instruments de concertation avec les cofinanceurs, dont les conseils généraux.

La procédure de réalisation de places nouvelles comprend trois étapes : les places **financées** correspondent aux crédits notifiés au préfet du département par la CNSA, sur la base du Priac. Puis le préfet du département **autorise** les créations de places, le cas échéant conjointement avec le président du conseil général, après avis du Crosms, sur la base des projets présentés à l'initiative des porteurs de projets. Les places **installées** correspondent aux places effectivement ouvertes au public.

Cette procédure n'est pas satisfaisante :

- un grand nombre de projets n'aboutissent pas, faute de financements ; le malentendu est grand car trop de porteurs pensent que leur projet va aboutir dès lors qu'ils ont reçu l'avis positif du Crosms ;

- par ailleurs, les taux d'autorisation et les taux d'installation sont très inégaux ; à titre d'exemple, pour les personnes âgées, entre 2001 et 2006, seulement la moitié des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire notifiées ont été autorisées et 43 % ont été installées.

**Ce sont ces retards qui expliquent la constitution de réserves importantes dans le budget de la CNSA.** Cette situation a longtemps tenu au fait que les autorisations ne pouvaient être accordées sans que le préfet ne dispose des financements correspondants. Compte tenu des délais existants entre le moment où le projet était autorisé et celui où il était enfin réalisé, les sommes disponibles restaient inutilisées. La mise en place de procédures d'enveloppes anticipées n'a permis que très partiellement de résorber ces phénomènes d'accumulation de financements non effectivement consommés.

Le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires », qui devrait être discuté par le Parlement au début de 2009, a notamment pour objectif de remédier à ces dysfonctionnements :

- il confère aux futures agences régionales de santé (ARS) une compétence de principe dans le secteur médico-social parallèlement à celle qu'elles détiendront dans le champ sanitaire ; les processus de programmation-planification devraient être simplifiés et rationalisés grâce à la création, au sein de l'ARS, d'une commission de coordination des politiques compétente dans le domaine « des prises en charge et de l'accompagnement médico-sociaux » ;

- les Crosms seraient supprimés et tous les projets seraient dorénavant soumis à une « commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social ».

Dans l'une de ses versions provisoires, le projet de loi fixait la composition de cette commission - devaient y figurer à parité, d'une part, les autorités publiques et les organismes financeurs, d'autre part, les représentants des institutions sociales et médico-sociales - ainsi que la procédure applicable.

Ces précisions ont disparu du projet de loi soumis au conseil des ministres.

## Suivi de la réalisation des places nouvelles (personnes âgées) en 2006

**Tableau physique 2006 : places notifiées, autorisées et installées en 2006**

	Ssiad PA	Accueil de jour (polyvalent)	Accueil de jour (Alzheimer)	Total Accueil de jour médicalisé	Hébergement temporaire (polyvalent)	Hébergement temporaire (Alzheimer)	Total hébergement temporaire médicalisé	Total milieu ordinaire	Ehpad (y)	Unités spécialisées Alzheimer (z)	Total hébergement permanent médicalisé (y) + (z)
<b>Financement</b>											
Nombre de places financées au titre de l'année 2006 (1)	5 310	-	-	2 060	-	-	995	8 365	-	-	5 964
Nombre de places financées au titre de l'anticipation 2007 (2)	10	-	-	0	-	-	0	10	-	-	5 202
<b>Autorisations</b>											
Places autorisées en 2006 sur financement antérieur (a)	771	37	433	470	54	89	143	1 384	2 748	214	2 962
Places autorisées en 2006 sur financement 2006 (b)	3 475	140	542	682	163	164	327	4 484	4 532	438	4 970
Places autorisées en 2006 sur financement anticipé 2007 (c)	110	0	1	1	0	0	0	111	1 065	135	1 200
Total places autorisées en 2006 (d)=(a)+(b)+(c)	4 356	177	976	1 153	217	253	470	5 979	8 345	787	9 132
Part des places autorisées en 2006 sur financement 2006 (e) = (b)/(d)	80 %	79 %	56 %	59 %	75 %	65 %	70 %	75 %	54 %	56 %	54 %
<b>Installations</b>											
Places installées 2006 sur financement antérieur (a')	1 705	64	550	614	80	91	171	2 490	2 267	454	2 721
Places installées 2006 sur financement 2006 (b')	2 870	56	333	389	65	105	170	3 429	1 417	261	1 678
Total places installées en 2006 (d')=(a')+(b')	4 575	120	883	1 003	145	196	341	5 919	3 684	715	4 399
Part des places installées en 2006 sur financement 2006 (e')=(b')/(d')	63 %	47 %	38 %	39 %	45 %	54 %	50 %	58 %	38 %	37 %	38 %
Taux d'installation année 2006 (f')=(b')/(b)	83 %	40 %	61 %	57 %	40 %	64 %	52 %	76 %	31 %	60 %	34 %
<b>Taux d'autorisation et d'exécution</b>											
Places autorisées sur financement 2006/places financées pour 2006 (b)/(1)	65 %	-	-	33 %	-	-	33 %	54 %	-	-	83 %
Places autorisées sur financement anticipé 07/places financées anticipées 2007 (c)/(2)	1 100 %	-	-	-	-	-	-	1 110 %	-	-	23 %
Places installées sur financement 2006/places financées pour 2006 (b')/(1)	54 %	-	-	19 %	-	-	17 %	41 %	-	-	28 %

Source : DGSA

Toutefois, selon les informations diffusées par la presse spécialisée<sup>1</sup> :

- la composition de la commission devra garantir « l'impartialité et l'absence de conflits d'intérêt », ce qui laisse sous-entendre que les fédérations gestionnaires devraient en être exclues ;

- la commission sélectionnerait et classerait les projets en fonction de leur qualité et de leur efficience financière. Des critères précis devraient être fixés dans un cahier des charges ;

- pour être autorisé, le projet devra être compatible avec les objectifs et répondre aux besoins du schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève, satisfaire aux règles d'organisation et de fonctionnement, répondre au cahier des charges précité et être compatible avec le Priac ;

- l'autorité compétente pour l'autorisation aurait à motiver son choix si elle ne retient pas le classement opéré par la commission.

Votre rapporteur, à la suite de la mission commune d'information du Sénat sur la dépendance, dont elle est membre, approuve la démarche du projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires ». Elle a cependant été frappée, tout au long des auditions préparatoires à l'établissement de ce rapport, par les **inquiétudes très fortes** suscitées par ce dispositif chez les professionnels des Ehpad et les associations qui craignent **la disparition de toute forme de projets innovants**. Le risque existe, en effet, que l'appel à projets entraîne une relative uniformisation des propositions sur la base de cahiers de charges ne laissant aucune marge d'initiative aux concepteurs de projets.

Ce point devra encore être revu et amélioré : l'appel à projet, dont le principe n'est pas contestable, doit évoluer pour que l'innovation ne disparaisse pas du champ du médico-social.

## 2. Le coût très élevé du reste à charge

### a) A domicile

Au 30 juin 2008<sup>2</sup>, 675 000 personnes bénéficiaient de l'Apa à domicile. Le montant mensuel moyen du plan d'aide accordé dans ce cadre était de 504 euros, dont 90 euros en moyenne étaient laissés à la charge du bénéficiaire. Ainsi, le montant global du « ticket modérateur » de l'Apa à domicile peut être évalué en 2008 à 729 millions d'euros par an.

Ce montant ne représente cependant qu'une partie des restes à charge supportés 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 les 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

---

<sup>1</sup> Travail Social Actualités (TSA) – 24 octobre 2008 – N° 1180 – p. 15.

<sup>2</sup> Drees - Etudes et résultats n° 666 - octobre 2008 - Etude précitée.



sont cependant difficiles à évaluer, mais on constate, pour certaines catégories de bénéficiaires, un phénomène de saturation des plans d'aide, signe que ces derniers peuvent ne pas être suffisants pour couvrir les charges liées à la perte d'autonomie.

*b) En établissement*

Pour les personnes placées en établissement, deux éléments doivent être pris en compte pour évaluer le montant des restes à charge des familles : d'une part, la **part du forfait « dépendance » non prise en charge par l'Apa** ; d'autre part, le **tarif journalier d'hébergement**.

Le montant mensuel moyen du reste à charge sur le forfait dépendance était évalué au 30 juin 2008 à 150 euros. Le nombre de personnes âgées accueillies en établissement et bénéficiant de l'Apa était de 419 000. Le montant global du « ticket modérateur » du forfait dépendance s'élève donc en 2008 à **754 millions d'euros par an**. Il est plus difficile en revanche d'évaluer le forfait hébergement devant être acquitté par les familles. Les prix d'hébergement sont en effet fixés de façon différente selon que l'établissement est ou non habilité à l'aide sociale<sup>1</sup>. Leur montant varie aussi dans des proportions importantes d'un département à l'autre.

Dans son rapport de novembre 2005<sup>2</sup>, la Cour des comptes avait fondé son étude sur un échantillon de dix départements. Les forfaits d'hébergement s'échelonnaient en 2004 entre 1 090 euros et 1 819,50 euros. Lors de son audition par la mission commune d'information du Sénat sur la dépendance<sup>3</sup>, le directeur de la DGAS a évalué à environ 1 500 euros le coût moyen mensuel de l'hébergement. Rapproché des 419 000 personnes âgées dépendantes placées en établissement en 2008, il permet de calculer le montant global du reste à charge relatif aux frais d'hébergement, soit environ **7,5 milliards d'euros**.

Il convient d'en retrancher le montant net global de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) évalué à 1,04 milliard en 2007 et des aides personnelles au logement versées par les caisses d'allocations familiales, soit 568 millions d'euros. Le reste à charge global relatif aux frais d'hébergement peut ainsi être estimé à environ **5,9 milliards d'euros**<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Les tarifs dépendance dépendent du Gir de rattachement des personnes âgées et sont fixés par les conseils généraux. Dans les établissements habilités à l'aide sociale, le tarif hébergement est également fixé par le président du conseil général (3° de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles), alors que dans les établissements non habilités à l'aide sociale, le tarif d'hébergement est en principe libre.

<sup>2</sup> Cour des comptes, rapport public particulier « Les personnes âgées dépendantes », novembre 2005.

<sup>3</sup> Audition du 23 janvier 2008.

<sup>4</sup> En définitive, les ménages acquittent au moins 7,4 milliards d'euros par an en complément des ressources fournies par la solidarité nationale pour la couverture des frais liés à la dépendance : environ 730 millions pour le ticket modérateur de l'Apa à domicile, 750 millions pour le ticket modérateur en institution et 5,9 milliards au titre des frais d'hébergement en Ehpad (nets des aides au logement et de l'aide sociale des départements). Cette estimation a minima ne comprend pas les dépenses non prises en charge dans le cadre des plans d'aide à domicile.

La mission commune d'information sur la dépendance<sup>1</sup> a pu avoir communication de données de 2007 permettant d'évaluer le surplus éventuel correspondant à la différence entre les montants à la charge de la personne âgée hébergée en établissement (ticket modérateur et tarif d'hébergement réunis) et ses ressources propres.

Un premier tableau confirme que **le reste à charge<sup>2</sup> est, en moyenne, supérieur à 1 600 euros par mois (1 500 euros d'hébergement et plus de 100 euros de ticket modérateur)**, mais avec de très grandes dispersions selon le type de lieu d'accueil. Les coûts sont sensiblement plus élevés dans le secteur lucratif privé, qui représente 70 % des créations de places sur la période récente.

#### Estimation du reste à charge mensuel pour la personne âgée selon le type d'établissement

(en euros)

	Maison de retraite privée à but lucratif	Maison de retraite privée à but non lucratif	Maison de retraite publique autonome	Maison de retraite publique hospitalière	Ensemble des maisons de retraite
<b>Moyenne</b>	<b>2 097</b>	<b>1 552</b>	<b>1 390</b>	<b>1 464</b>	<b>1 617</b>
Premier décile	1 400	1 200	1 037	1 100	1 160
Premier quartile	1 700	1 364	1 250	1 250	1 310
Médiane	2 005	1 523	1 400	1 421	1 500
Troisième quartile	2 400	1 745	1 537	1 600	1 820
Dernier décile	3 000	2 000	1 800	1 863	2 280

Source : Enquête réalisée en 2007 auprès des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées (hors USLD et logement foyer) ne bénéficiant pas de l'aide sociale à l'hébergement

Un second tableau révèle qu'en moyenne, le montant du reste à charge est plus important que les ressources du pensionnaire en établissement jusqu'à des niveaux de revenus approchant 2 000 euros par mois. En conséquence, **près de 80 % des personnes en Ehpad doivent faire appel aux ressources de leurs proches pour financer leur prise en charge.**

<sup>1</sup> « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape ». - Rapport n° 447 (2007-2008) - Tome I - page 140 et suivantes - Philippe Marini, président, Alain Vasselle, rapporteur.

<sup>2</sup> Le reste à charge correspond à la facture adressée par l'établissement à la personne âgée moins les aides au logement. L'éventuel versement de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) n'est pas pris en compte.

### Estimation du reste à charge mensuel selon le niveau de revenus mensuels

(en euros)

	Moins de 600 euros	De 600 à 900 euros	De 900 à 1 500 euros	De 1 500 à 2 300 euros	De 2 300 à 3 000 euros	Plus de 3 000 euros
<b>Moyenne</b>	<b>1 344</b>	<b>1 441</b>	<b>1 555</b>	<b>1 721</b>	<b>1 999</b>	<b>2 370</b>
1 <sup>er</sup> décile	850	1 000	1 150	1 300	1 400	1 451
1 <sup>er</sup> quartile	1 200	1 200	1 300	1 479	1 614	1 827
Médiane	1 375	1 400	1 500	1 680	1 982	2 300
3 <sup>ème</sup> quartile	1 600	1 600	1 745	2 000	2 300	2 897
Dernier décile	1 982	1 880	2 100	2 250	2 623	3 300

Source : Enquête réalisée en 2007 auprès des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées (hors USLD et logement foyer) ne bénéficiant pas de l'aide sociale à l'hébergement

Pour un revenu médian de 1 100 euros, on voit que **le reste à payer après utilisation de tous les ressources atteint 400 euros** (1 555 euros de reste à charge pour la tranche de revenus allant de 900 à 1 500 euros - 1 500 euros de reste à charge pour les revenus situés à la médiane de cette tranche). Encore ne s'agit-il là que d'une moyenne qui ne tient compte ni du sexe (les femmes perçoivent en moyenne des retraites plus faibles que celles des hommes), ni du lieu d'hébergement (le secteur lucratif privé apparaît beaucoup plus cher que les structures associatives et publiques).

Le tarif hébergement représente aujourd'hui environ 60 % des charges en Ehpad, le tarif soins 30 % et le tarif dépendance 10 % du fait d'une répartition qui laisse notamment à la charge des pensionnaires le financement même des maisons de retraite.

### Régime tarifaire des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes

Tarif hébergement	Tarif soins	Tarif dépendance
Administration générale  Amortissement des investissements et frais financiers  Accueil hôtelier  Restoration Entretien Animation Service social  100 % des dépenses afférentes aux personnels administratifs généraux         70 % des dépenses afférentes aux agents de service	Soins de base (entretien, hygiène, confort)         70 % des dépenses afférentes aux aides soignantes et aux aides médico-psychologiques  100 % des dépenses afférentes aux auxiliaires médicaux (psychomotricien, orthophoniste, kinésithérapeute, pédicure-podologue, diplômés d'Etat), aux pharmaciens et médecins	Aide et surveillance pour les actes de la vie quotidienne         Surcoûts hôteliers liés à la dépendance         30 % des dépenses afférentes aux aides soignantes et aux aides médico-psychologiques         30 % des dépenses afférentes aux agents de service
<b>Tarif unique</b> (possibilité de modulation selon les prestations choisies)	<b>Plusieurs tarifs selon le niveau de dépendance</b>	<b>Plusieurs tarifs selon le niveau de dépendance</b>
Etablissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale* : <b>tarif arrêté par le président du conseil général</b> Autres établissements : <b>tarification libre</b>	<b>Tarifs arrêtés par le préfet</b> (avis de la caisse régionale d'assurance maladie)	<b>Tarifs arrêtés par le président du conseil général</b>

\* Cette habilitation est accordée par le conseil général

Source : rapport d'information de la Mecss de l'Assemblée nationale sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées - Paulette Guinchard - mai 2006

Les investissements effectués pour moderniser les maisons de retraite constituent effectivement l'une des principales causes d'augmentation du prix payé par les résidents.

Les critiques émises à ce sujet par la Mecss de l'Assemblée nationale<sup>1</sup> ont été en partie prises en compte par les pouvoirs publics. Le décret n° 2007-1554 du 31 octobre 2007 relatif à la compensation des surcoûts d'exploitation en matière de frais financiers et d'amortissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (pris en application de l'article 86 de la loi

<sup>1</sup> Mecss de l'Assemblée nationale. Rapport d'information n° 3091 sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées - XII<sup>e</sup> législature - Paulette Guinchard.

de financement de la sécurité sociale pour 2007) a ainsi permis la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des intérêts des emprunts immobiliers.

D'autres mesures récentes ont, elles aussi, réduit les charges pesant sur les familles. Depuis 2006, les Ehpad ont accès aux prêts locatifs sociaux (PLS), jusque-là réservés aux structures destinées à accueillir des personnes suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif. Ils bénéficient également de l'exonération de la taxe foncière pour une durée de vingt-cinq ans. Par ailleurs, le PLS ouvre droit à l'allocation personnalisée au logement (APL) pour les résidents.

L'article 45 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, a mis en œuvre un taux réduit de TVA à 5,5 % pour les travaux de transformation, d'aménagement, d'entretien ou de construction pour les établissements agissant sans but lucratif accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées<sup>1</sup>.

Enfin, les collectivités locales (départements et communes) et la CNSA interviennent également pour réduire le coût du foncier en offrant les terrains ou bien peuvent verser des subventions d'investissement.

L'impact de ces mesures n'est pas négligeable. Il n'en demeure pas moins que le reste à charge demeure trop élevé par la plupart des familles. Il s'agit là d'un enjeu central du cinquième risque.

### **3. La nécessaire revalorisation des salaires de la branche de l'aide à domicile**

Les partenaires sociaux ont conclu, le 29 mars 2002, un accord de branche relatif aux emplois et aux rémunérations dans le secteur de l'aide à domicile. A cette date, les minima conventionnels étaient supérieurs au Smic.

Les récentes augmentations du salaire minimum (2,3 % en mai et 0,9 % au 1<sup>er</sup> juillet 2008) ont eu pour effet de placer le salaire conventionnel de 38 % des salariés de la branche de l'aide à domicile sous le seuil du salaire minimum. Cette situation porte incontestablement le plus grand préjudice aux structures d'aide et de soins à domicile, au moment précisément où le Gouvernement souhaite promouvoir, on l'a vu, une politique de valorisation de ce type d'emplois, de formation et de fidélisation de cette catégorie de salariés.

Lors de la commission mixte paritaire de la branche tenue le 27 juin dernier, toutes les fédérations et unions d'employeurs ainsi que quatre organisations syndicales de salariés ont signé un avenant portant la valeur du point d'indice au 1<sup>er</sup> juillet 2008 à 5,286 euros (en augmentation de 2 % par

---

<sup>1</sup> Voir aussi l'instruction DGAS/SD5O/2008/69 du 25 février 2008 précisant que ce dispositif vise les opérations qui ne sont pas éligibles aux PLS.

rapport à la valeur du point actuelle de 5,182 euros) et modifiant les premiers coefficients des grilles A et B pour les porter au moins au niveau du Smic.

Cependant, ces propositions auraient entraîné, si elles avaient été mises en œuvre, une hausse de la masse salariale de la branche supérieure au taux de 2,15 % fixé, en 2008, pour les salariés du secteur médico-social (la hausse de la masse salariale doit également tenir compte, par exemple, de l'impact du glissement-vieillessement-technicité, le GVT). En conséquence, la commission nationale d'agrément (CNA), qui regroupe l'ensemble des financeurs (Etat, départements, Cnaf et Cnav), a émis un avis défavorable à l'agrément de l'avenant par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Xavier Bertrand.

Lors d'une nouvelle commission mixte paritaire qui s'est tenue le 22 octobre dernier, les partenaires sociaux ont accepté de ramener l'augmentation générale des salaires à 1,38 % (avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> avril 2008), au lieu des 2 % initialement réclamés. En contrepartie, ils ont demandé que les **indemnités kilométriques** versées aux aides ménagères soient traitées à part pour ne pas être prises en compte dans l'augmentation autorisée de la masse salariale. Il s'agirait donc d'une progression réelle de 1,38 % de la masse salariale, hors indemnités kilométriques.

**Votre rapporteur est très sensible aux demandes, qui sont loin d'être excessives, des partenaires sociaux. Il en va de l'attractivité et de la pérennité des emplois créés dans le médico-social à domicile. Elle a bon espoir que le ministre donne son agrément à l'avenant renégocié le 22 octobre dernier.**

### **III. CONSTRUIRE LE CINQUIÈME RISQUE**

Les réflexions autour du cinquième risque et de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées sont aujourd'hui entrées dans une phase active.

Fin 2007, le Président de la République a annoncé, au Palais du Luxembourg, son souhait qu'un projet de loi soit prochainement soumis au Parlement. Le Sénat a aussitôt créé sur ce thème une mission commune d'information<sup>1</sup>, composée de membres des commissions des affaires sociales et des finances, afin de prendre toute sa place dans le débat.

Au terme de six mois d'auditions et de déplacements sur le terrain, qui lui ont permis de rencontrer les principaux acteurs de la dépendance, de mesurer les aspirations des gestionnaires locaux et d'étudier les systèmes mis en place dans les principaux pays partenaires européens, elle a établi, le 8 juillet dernier, son rapport d'étape<sup>2</sup>.

De son côté, le Gouvernement avait préalablement exposé, le 28 mai 2008, devant la CNSA, puis devant la mission sénatoriale, les grands principes d'action qu'il entend mettre en œuvre.

La convergence constatée entre les propositions de la mission et celles du Gouvernement sur plusieurs points cruciaux, comme la meilleure gestion des soins en Ehpad, permet d'ores et déjà d'envisager l'adoption de certains dispositifs reliés au cinquième risque dans le cadre de la loi de financement pour 2009 ainsi que du projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » qui devrait être discuté par le Parlement au début de l'an prochain.

#### ***A. LE RAPPORT DE LA MISSION COMMUNE D'INFORMATION DU SÉNAT***

La mission commune d'information s'est attachée, en premier lieu, à décrire le paysage de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en France et à expliquer pour quels motifs le *statu quo* n'est pas tenable à terme.

La création de l'allocation personnalisée d'autonomie au début de la décennie a été un succès. Elle a permis de solvabiliser une demande forte de nos concitoyens. L'intervention de l'Apa dès le Gir 4 joue un rôle déterminant dans la prévention et le ralentissement du processus d'évolution vers des stades de dépendance plus élevés.

---

<sup>1</sup> Dont votre rapporteur est membre du bureau.

<sup>2</sup> « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape » - Rapport n° 447 (2007-2008) de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque - Philippe Marini, président, Alain Vasselle, rapporteur.

L'effort de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées a également été tout à fait remarquable et permet une comparaison favorable à la France avec ses voisins européens, même si l'insuffisance de places en Ehpad n'est pas contestable.

Parallèlement, la dépense publique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie a suivi une courbe extrêmement 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 la vingtaine de milliards d'euros, soit un peu plus de 1 % du Pib.

Dans ce contexte de fort accroissement de l'effort de solidarité, les bénéficiaires et leurs familles expriment cependant de plus en plus souvent leur désarroi : les plans d'aide à domicile sont fréquemment saturés pour certaines catégories de personnes ; le reste à charge en établissement peut atteindre plusieurs centaines d'euros par mois, comme on vient de le voir. Un effort supplémentaire est demandé à la collectivité. L'attente de nos concitoyens est incontestablement forte sur ce terrain.

La question de la soutenabilité de la dépense publique est dès lors posée. D'un côté, les plus de quatre-vingt-cinq ans vont croître de moitié, d'ici à 2015, passant de 1,3 million de personnes à 2 millions ; au répit des années 2015-2030 succédera l'arrivée au grand âge des générations du baby boom, entraînant un doublement de la population des plus de soixante-quinze ans. De l'autre, les déficits accumulés, le poids déjà lourd des prélèvements obligatoires et la montée prévisible des dépenses de maladie et de retraite imposent de procéder à des arbitrages.

A ce sujet, un consensus existe pour estimer que le maintien légitime, voire le renforcement, d'un socle élevé de solidarité suppose également une meilleure prise en considération des capacités contributives de chacun ainsi que des efforts sensibles de gestion et de rationalisation du fonctionnement du secteur médico-social.

Partant de ce principe, le rapport de la mission évoque une question préalable et quatre séries de réflexion.

La question préalable porte sur **la grille Aggir**. Celle-ci doit être sérieusement améliorée : d'une part, elle ne prend pas suffisamment en compte les maladies neurodégénératives ; d'autre part, elle peut donner des résultats sensiblement différents selon les professionnels qui l'utilisent ; notamment, un bon connaisseur du mécanisme peut facilement faire basculer en Gir 4 une personne qu'une autre équipe d'évaluation aurait classée en Gir 5. Ce dossier peut et doit aboutir dans un délai rapproché.

Les quatre séries de réflexions concernent l'Apa à domicile, les établissements d'hébergement, la mise en place du pilier assurantiel et la gouvernance du cinquième risque.

Le premier axe consiste à prévoir un **effort plus équitable en direction des bénéficiaires à domicile**.



Il existe un consensus fort autour de l'idée selon laquelle il est souhaitable de **mieux solvabiliser les publics isolés ainsi que les personnes atteintes de maladie neurodégénératives**, en permettant un relèvement ciblé des plafonds pour ces populations spécifiques. Ce type de mesure permettrait également d'apporter une réponse aux besoins exprimés par les aidants familiaux s'occupant de personnes atteintes d'Alzheimer.

Il faut ensuite prévoir des mécanismes d'ajustement des montants des plans d'aide dont le « pouvoir d'achat » s'érode en l'absence de revalorisations régulières. Ces deux mesures - relèvement ciblé des plafonds et revalorisation - ont un coût en année pleine qui peut être évalué à 300 millions d'euros.

Par ailleurs, le simple fait de maintenir les volumes actuels de prestations aujourd'hui financés par l'Apa suppose de dégager des moyens nouveaux. Les chiffres dont dispose la mission évoquent un besoin de financement de 500 millions d'euros en 2012.

En réponse à ce constat, il est nécessaire de concevoir un système plus équitable de prise en charge, permettant de demander un effort supplémentaire à ceux de nos concitoyens qui ont la faculté de le fournir, notamment ceux d'entre eux possédant les patrimoines les plus élevés.

La mission a conçu un **mécanisme de prise de gage sur patrimoine** que les ministres ont expertisé : les demandeurs d'Apa auraient le choix, au moment de leur entrée en dépendance, entre opter pour une allocation à taux plein ou pour une allocation diminuée de moitié. Dans le premier cas, le département pourrait effectuer une prise de gage anticipée sur le patrimoine du bénéficiaire pour la fraction de l'actif excédant un certain montant. La prise de gage serait elle-même partielle et ne concernerait qu'une faible part de la succession à venir. Si le bénéficiaire acceptait d'emblée une Apa diminuée de moitié, aucune mesure conservatoire ne serait prise.

La question principale touchant ce mécanisme est celle des seuils. Celui concernant tout d'abord le niveau de patrimoine : d'après les éléments d'information fournis à la mission, en fixant le seuil de la franchise à 150 000 euros, 44 % des bénéficiaires de l'Apa seraient concernés par la mesure de prise de gage ; à 175 000 euros, 39 % ; et à 200 000 euros, 36 %.

Le gain moyen attendu pour les départements est d'environ 800 millions d'euros à l'horizon 2012 et 1,1 milliard à partir du milieu de la prochaine décennie, ce qui permettrait de couvrir les charges nouvelles et le maintien du pouvoir de solvabilisation de l'Apa. La montée en charge pourrait donc être relativement rapide et permettre de procéder à des relèvements de plafonds dès la première année de mise en œuvre.

Evidemment, la mesure aura un rendement d'autant plus élevé que le seuil sera fixé bas. Le rapporteur, Alain Vasselle, a cependant exprimé le souhait que seuls soient concernés les ménages disposant des patrimoines les plus élevés, ce qui le conduit à préconiser un montant plus proche de

200 000 que de 150 000 euros, tout en reconnaissant qu'il sera difficile d'aller plus haut que 200 000 euros, sauf à priver la mesure de véritable effet.

Le rapport est formulé en termes prudents sur ce point dans l'attente de données plus précises qui devraient être disponibles d'ici la fin de l'année.

Par ailleurs, pour ce qui est du montant du gage, celui-ci devrait rester fixé en valeur absolue, par mesure de simplicité. Un prélèvement maximal de 20 000 euros, correspondant au montant moyen d'Apa versé par personne, paraît un niveau correct, permettant de ne pas donner un aspect confiscatoire au dispositif.

**Ce mécanisme de prise de gage sur patrimoine présente donc plusieurs avantages aux yeux de la mission :**

- il ne s'apparente pas à la récupération sur succession dès lors qu'il résulte d'un choix clair et *ex ante* du bénéficiaire ;

- il ne remet pas en cause le caractère universel de l'Apa et la modicité du gage ne revêt pas de caractère confiscatoire ;

- il présente un intérêt budgétaire certain, qui permettrait, d'une part, de financer des mesures pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, d'autre part, de pallier l'insuffisance de recettes d'Apa pour couvrir les dépenses ;

- enfin, il constitue une incitation, sur le long terme, à la souscription de produits d'épargne ou de prévoyance en matière de dépendance, ce qui est particulièrement important dans une logique économique sur longue période.

En ce qui concerne la **maîtrise du reste à charge et des dépenses en établissement**, une première voie de réforme pourrait être la mise en place d'un meilleur ciblage de l'Apa en institution : la plupart des pensionnaires bénéficient, en pratique, du même montant d'aide quel que soit leur revenu, ce qui n'est pas très équitable.

Au-delà, les seules marges d'action consistent à transférer des postes de dépenses, aujourd'hui à la charge des personnes hébergées, vers la section soins ou la section dépendance.

Le rapport d'étape évoque la piste consistant à basculer du tarif hébergement sur le tarif dépendance les dépenses d'animation-service social ainsi qu'une partie accrue des charges de personnel d'entretien. Le tarif dépendance serait lui-même allégé du coût des aides-soignantes qui serait intégralement reporté sur le tarif soins. Le coût serait neutre pour les finances départementales et le reste à charge pourrait être allégé en moyenne de près de 200 euros par personne.

Le Gouvernement réfléchit à une réforme plus ambitieuse prévoyant que les aides au logement et la réduction d'impôt pour frais d'hébergement en Ehpad soient regroupées avec l'Apa. La mission conserve des réticences à l'égard de ce schéma qui suppose que l'Etat transfère aux départements une

dotation de compensation dont le niveau d'indexation risque de ne pas être satisfaisant.

Dans tous les cas de figure, le schéma de financement se conclut par le transfert sur le tarif soins de la fraction des charges d'aides-soignantes aujourd'hui à la charge des départements, ce qui représente un milliard d'euros.

Ce transfert est-il légitime alors que le déficit de l'assurance maladie ne cesse de se creuser ?

Il apparaît envisageable, dans la mesure où il existe des marges réelles d'économies à réaliser dans trois directions : la généralisation des forfaits globaux, la résorption des écarts de coûts entre établissements par la mise en place d'une convergence des tarifs soins qui permettrait d'économiser à terme plusieurs centaines de millions d'euros, enfin, la reconversion de lits de court séjour en lits d'Ehpad, grâce au transfert de 200 à 300 millions d'euros de l'Ondam hospitalier vers l'Ondam personnes âgées. **Les deux premières de ces mesures figurent dans le projet de loi de financement pour 2009.**

La mission a par ailleurs débattu de la piste ouverte par Xavier Bertrand consistant à redéployer une partie des excédents futurs de la branche Famille vers la dépendance. Ce redéploiement, à supposer qu'il soit possible, apparaîtrait doublement légitime :

- d'abord parce que si une branche de sécurité sociale ne doit pas être en situation de déficit structurel, rien ne justifie non plus qu'elle soit en excédent structurel ; en ce cas, il faut se poser la question soit de la diminution de la recette, soit de sa réaffectation ;

- ensuite, parce que l'aide aux aidants familiaux d'une personne âgée dépendante peut être considérée comme faisant partie intégrante de la politique familiale.

Le rapport d'étape conclut sur le sujet de l'Apa en établissement en soulignant le fait que, quelle que soit la solution retenue, il sera nécessaire de progresser dans la voie de **l'élaboration de référentiels de coûts d'hébergement**, qui n'existent pas actuellement. Il faut en effet absolument éviter que les ressources nouvelles injectées pour alléger ces coûts soient, en pratique, « épongées » par les établissements, sans bénéficier aux personnes âgées et à leurs familles.

Le troisième point abordé est la mise en place d'une **articulation efficace entre les financeurs publics et les assureurs privés**. Il n'est pas possible de se contenter, en effet, de renvoyer vers des couvertures assurantielles du risque dépendance ceux de nos compatriotes qui ont les moyens de mobiliser leur patrimoine et leur revenu sans organiser cette articulation.

A ce stade, la mission relève simplement que deux sujets principaux vont nécessiter des discussions relativement ardues avec les professionnels :

- l'institution d'un processus conjoint administrations publiques/assureurs pour le déclenchement des aides en cas de survenance de la dépendance ;

- la « transférabilité » des contrats pour les souscripteurs qui souhaiteraient changer d'assureur en cours de route.

Quels sont les produits qu'il convient de favoriser ? La mission propose des aménagements sur des produits existants, susceptibles d'être utilisés par une clientèle qui ne penserait pas spontanément à se couvrir contre le risque de dépendance :

- il s'agit d'abord de permettre la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance sur un **contrat d'épargne retraite**, dans les mêmes conditions que les cotisations de base aux régimes d'épargne retraite ;

- en outre, il faudra prévoir la possibilité de convertir **les contrats d'assurance vie** en contrats dépendance, sans que cette transformation soit considérée comme une novation fiscale, c'est-à-dire sans coût ni pénalité pour l'assuré.

Ces mesures pourraient avoir un impact limité ou nul pour les finances publiques, grâce à la mobilisation des enveloppes existantes de déduction d'impôt.

Par ailleurs, la mission a ouvert un débat sur l'intérêt qu'il y aurait à élargir le périmètre des catégories de la population qu'il est souhaitable d'inciter à souscrire une assurance dépendance. Le ciblage Perp/assurance vie apparaît en effet relativement étroit. Or, les données fournies par le Gouvernement révèlent qu'à l'échéance 2025-2030, c'est-à-dire à l'arrivée au grand âge des classes nombreuses du baby-boom, les mesures envisagées, notamment, la prise de gage sur patrimoine, risquent de ne pas être tout à fait suffisantes pour préserver la capacité de financement de l'Apa.

C'est maintenant qu'il faut se préparer à ce choc et réfléchir à la mise en place d'un mécanisme facilitant pour les personnes à bas ou moyens revenus la souscription, sur une base volontaire, de contrats de prévoyance leur assurant une couverture assurance complémentaire. A ce sujet, le rapporteur, Alain Vasselle, a proposé un schéma de financement proche de celui de sa proposition de loi de 2004<sup>1</sup> qui prévoit la prise en charge, sur ressources budgétaires, d'une partie des primes d'assurance acquittées par les ménages aux revenus les plus modestes.

La mission a enfin examiné le sujet de **la gouvernance du cinquième risque**. Le Gouvernement a affiché sa volonté de conforter la CNSA dans son rôle d'agence responsable des financements, de l'animation et de l'égalité de

---

<sup>1</sup> Proposition de loi n° 145 (2003-2004) relative à la création d'une assurance dépendance, déposée par Alain Vasselle, Paul Blanc et plusieurs de leurs collègues le 13 janvier 2004.

traitement sur le territoire. Il souhaite faire des futures agences régionales de santé les fers de lance du décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social. Ces axes sont d'ailleurs développés dans le projet de loi « hôpital, patients, santé territoires ». Face à une CNSA renforcée et à des ARS au champ d'intervention élargi, la mission a voulu réaffirmer la compétence de principe des départements dans la prise en charge, au plus près du terrain, des personnes en perte d'autonomie. Départements, CNSA et ARS ont vocation à travailler ensemble, sur un strict plan d'égalité et dans le respect des missions imparties à chacun.

La première conclusion à tirer de cette affirmation de principe est la nécessité d'un partage par moitié de la charge de financement de l'Apa entre l'Etat, *via* la CNSA, et les départements, alors que ce partage est aujourd'hui, on l'a vu, d'un tiers/deux tiers.

Au passage, les critères de péréquation de la dotation versée par la CNSA devraient être revus dans deux directions, afin de permettre une approche plus juste de la charge objective d'Apa :

- l'abandon de la référence au RMI, qui ne présente aucun rapport avec les dépenses départementales de dépendance ;

- la mise en place d'un critère de revenu par habitant.

En ce qui concerne le mode actuel d'administration de la CNSA, le système en place avec un grand conseil « fourre-tout », où les représentants de l'Etat, minoritaires en voix, siègent à côté d'associations par définition revendicatrices, n'est pas satisfaisant. La mission propose donc de prévoir, autour du directeur général, un conseil exécutif où siègeraient les « cogestionnaires » et les cofinanceurs de la dépendance et du handicap, l'Etat et les départements. Le conseil actuel serait parallèlement maintenu, dans sa fonction de conseil d'orientation, c'est-à-dire de lieu de débat.

Il restera à définir une place pour des acteurs essentiels qui aujourd'hui n'en ont pas : les assureurs. Sans aller jusqu'à les associer au sein du conseil exécutif, la mission suggère de concevoir qu'ils le soient dans le cadre d'un comité permanent *ad hoc*.

Au niveau local, la mise en place des ARS doit être l'occasion de créer une meilleure articulation avec les départements, ce qui passe par la définition de deux outils :

- l'élaboration conjointe des Priac, qui devront être cosignés par les départements et les ARS ;

- afin de donner un support à ce travail d'élaboration en commun, la création d'un comité assurant la représentation de tous les présidents de conseils généraux auprès des ARS.

Les prémisses de ce schéma figurent bien dans le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires », mais celui-ci devra être précisé lors de sa discussion devant le Parlement.

En matière de gestion du risque, le Gouvernement envisage de donner un rôle prééminent aux ARS. La mission revendique, pour sa part, une approche plus souple et plus pragmatique. Ses échanges et ses déplacements l'ont, en effet, convaincue que certains départements seraient prêts à expérimenter une gestion déléguée des crédits d'assurance maladie destinés aux Ehpad. Elle propose que cette expérimentation soit menée avec des départements volontaires et sur la base d'un nombre réduit d'établissements. Une telle démarche aurait des avantages significatifs en mettant le processus tarifaire sous une autorité unique et en permettant d'agir, sans doute plus efficacement qu'aujourd'hui, sur le reste à charge en Ehpad.

Les travaux de la mission se poursuivent puisque le Bureau du Sénat a prolongé son mandat jusqu'au 31 décembre 2008. Une délégation s'est ainsi rendue aux **Etats-Unis**, du 13 au 16 octobre dernier, afin d'étudier les modalités de prise en charge publique et privée de la dépendance des personnes âgées outre-Atlantique.

De son côté, le Gouvernement a constitué, au second semestre, cinq groupes de travail thématiques : sur la prise en charge en établissement, la prise en charge à domicile, la mise en place d'un droit universel à compensation de la perte d'autonomie, les partenariats public-privé avec les assureurs et la gouvernance.

La mission et les ministres chargés du dossier, Xavier Bertrand et Valérie Létard, poursuivent leur dialogue en vue de l'élaboration du futur projet de loi sur le cinquième risque qui pourrait être discuté par le Parlement au cours du premier semestre 2009.

## ***B. LES MESURES D'EFFICENCE DE LA DÉPENSE EN EHPAD PRÉVUES PAR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT***

### **1. La récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prise en charge sur l'enveloppe « soins de ville »**

Le recours à des professionnels de santé libéraux en Ehpad, fréquent et nécessaire, peut donner lieu à des pratiques irrégulières au regard des règles de financement qui imposent que ces professionnels soient défrayés sur la dotation soins de l'établissement, notamment :

- certains professionnels, médicaux ou paramédicaux, facturent délibérément une prestation à la personne pensionnaire de l'Ehpad alors qu'ils sont par ailleurs défrayés par l'établissement sur sa dotation soins ; ils sont ainsi payés deux fois ; ces cas de fraude manifeste supposent une complicité de l'établissement et font déjà l'objet d'un traitement pénal dans le cadre de la législation en vigueur ;

- par ailleurs, dans certains Ehpad, il peut arriver qu'un professionnel de santé continue, éventuellement avec la complicité de l'établissement, à se faire rémunérer selon la procédure habituelle en exercice libéral (le patient présente sa carte vitale ou se fait rembourser auprès de sa caisse primaire), alors que les prestations délivrées devraient être couvertes par le forfait soins (parce que le professionnel est salarié de l'établissement ou parce que l'établissement a adopté le tarif global qui lui impose de passer une convention avec les professionnels de santé libéraux exerçant auprès de ses pensionnaires afin que leurs prestations soient prises en charge par ledit tarif global ou bien encore est au tarif partiel et reçoit des infirmières libérales qui interviennent en son sein).

Dans les deux cas<sup>1</sup>, la charge du financement des soins, qui devrait être assumée par l'Ehpad, est reportée sur l'Ondam « soins de ville », voire est couverte deux fois, par l'Ondam « soins de ville » et par l'Ondam « personnes âgées » (dans le premier des deux cas).

L'article 43 du projet de loi de financement confère **une base légale** aux procédures de récupération que les caisses d'assurance maladie veulent pouvoir lancer afin de recouvrer les sommes indûment versées et imputées sur l'enveloppe « soins de ville ». La situation plus particulièrement visée, selon l'exposé des motifs, est la seconde : celle où le professionnel de santé intervenant en Ehpad continue d'être payé en soins de ville alors qu'il devrait émarger à la dotation « soins » de l'établissement.

Le dispositif, inséré dans un nouvel article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale, s'organise comme suit :

- l'organisme d'assurance maladie constate qu'il a payé sur l'enveloppe « soins de ville » une prestation en principe couverte par le forfait soins de l'Ehpad ;

- une action en recouvrement est alors lancée ; elle s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification du montant réclamé ; les délais de prescription sont ceux en vigueur pour l'ensemble des cotisations et prélèvements de sécurité sociale, c'est-à-dire trois ans à compter de la date de paiement à la personne de la somme en cause ;

- l'Ehpad peut cependant contester le caractère indu de la somme réclamée ; la commission de recours amiable de la caisse-pivot<sup>2</sup> est alors compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause ;

---

<sup>1</sup> On peut également envisager un troisième cas : celui où la personne âgée bénéficie d'une « permission » pour quitter temporairement l'Ehpad et recourt à des soins de ville pendant cette période. Ce cas est cependant exclu du champ de l'article qui ne mentionne que les personnes **résidant** en Ehpad.

<sup>2</sup> En application de l'article L. 174-8 du code de la sécurité sociale, les forfaits soins sont versés par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'Ehpad, pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime (par exemple, régime des mines, mutualité sociale agricole), lorsque dans un Ehpad le nombre de ses ressortissants est le plus élevé. La caisse « payeuse » (CPAM ou autre) est communément appelée *caisse-pivot*.

- la caisse-pivot déduit ensuite les sommes en cause des versements ultérieurs qu'elle effectue au titre du forfait soins de l'Ehpad concerné ;

- un décret simple fixera, par ailleurs, les modalités de reversement des sommes ainsi non allouées aux organismes d'assurance maladie victimes du préjudice (dans le cas où la caisse-pivot ne serait pas elle-même l'organisme ayant subi le préjudice).

## **2. La tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux et la mise en place du principe de convergence**

L'article 44 institue dans les Ehpad et les unités de soins de longue durée (USLD) 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.

Le dispositif proposé s'articule autour de deux mécanismes :

- l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, relatif aux règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (Ehpad et USLD), est 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 (III-1° de l'article) ; le forfait soins prendra ainsi en compte le niveau de dépendance moyen (le Gir moyen pondéré) et les besoins en soins médico-techniques des résidents (le Pathos moyen pondéré ou bien l'indice forfaitaire qui en tient lieu, dans l'attente de la « pathossification » de l'établissement) ; c'est la **mise en place de la tarification à la ressource** ;

- l'article L. 314-3 du même code est complété afin de prévoir que le ministre chargé de la sécurité sociale sera compétent, au-delà de la définition des tarifs plafonds et de leurs règles de calcul, pour établir « *les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds* », c'est-à-dire pour mettre en mouvement un **processus de convergence** de tous les établissements vers les tarifs plafonds (I de l'article).

En application du **paragraphe VII** de l'article, ce processus de convergence est d'application immédiate et la tarification à la ressource entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Selon les informations communiquées à votre rapporteur, les établissements dont les ressources sont inférieures au tarif plafond bénéficieront d'augmentations leur permettant de l'atteindre dès la première année de mise en place du dispositif. En moyenne, le gain devrait être de



l'ordre de 30 % à 40 % pour ces structures au terme de la démarche de remise à niveau<sup>1</sup>.

Comme le précise l'exposé des motifs, les Ehpad continueront de fournir un compte d'emploi destiné à justifier une utilisation des crédits d'assurance maladie conforme à leur destination. Les établissements bénéficiaires de gains budgétaires devront notamment apporter la preuve qu'ils ont procédé aux recrutements de personnel permettant de satisfaire aux normes d'encadrement imposées par le GMPS de la structure. A défaut, les sommes devront être restituées.

Quant aux établissements dont la dotation soins excède le tarif plafond, celle-ci ne devrait pas être réduite, mais elle serait stabilisée, et les structures concernées seraient vivement incitées à accroître et densifier leur activité pour justifier les ressources qui leur sont attribuées.

Le **gain budgétaire net** attendu de la mesure de convergence s'élève à **25 millions d'euros** par an, dès 2009, pour les seuls Ehpad, montant qui s'ajoute chaque année à celui de l'exercice précédent (100 millions d'économie à échéance de quatre ans dans le budget de la CNSA, en 2012).

Le principe de la tarification à la ressource s'appliquera, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, à tous les Ehpad et aux USLD.

Le principe de convergence, tel qu'il est défini par le paragraphe I du présent article, concerne en apparence les seuls Ehpad. En réalité, il est bien étendu aux USLD, dans les mêmes conditions, par le paragraphe IX de l'article 39 du présent projet de loi de financement et concernerait également les établissements et services d'aide par le travail (Esat) ainsi que les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), qui sont eux intégralement financés par l'Etat, d'après les dispositions de l'article 74 du projet de loi de finances pour 2008.

### **3. La réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

L'article 45 proposait, dans sa version initiale, le retour à la situation qui prévalait avant la loi « droits des malades » de mars 2002 et **la réintégration pure et simple des médicaments dans le tarif soins des Ehpad, quel que soit leur statut.**

La rédaction proposée prenait l'**exact contrepied** de la rédaction en vigueur de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles : elle incorporait dans les prestations de soins des Ehpad (mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code) ce qui en était exclu depuis 2002, à savoir *« l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments*

---

<sup>1</sup> En réalité, les tarifs plafonds ont été fixés à la moyenne des tarifs pratiqués par les Ehpad et les USLD + 35 %.

*inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale* ». Les mesures concernant la réintégration des dispositifs médicaux (entrée en vigueur en 2008) restaient inchangées.

Le Gouvernement avait justifié l'insertion du présent article en reprenant les conclusions du rapport Deloménie<sup>1</sup> soulignant que les polyopathologies, fréquentes chez les personnes âgées, supposent de développer une véritable expertise pharmaceutique dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes afin de lutter efficacement contre la surconsommation médicamenteuse. Celle-ci est à la fois coûteuse et gravement préjudiciable en termes de santé publique. Il convient donc de responsabiliser et d'intéresser l'ensemble des acteurs en intégrant les médicaments dans la dotation soins des Ehpad.

Cette mesure devait permettre une meilleure maîtrise des volumes de médicaments du fait d'une rationalisation de la prescription, de la lutte contre les accidents iatrogéniques et d'une meilleure politique d'achat des médicaments<sup>2</sup>. Elle était de nature à encourager les Ehpad à mobiliser, sur une base conventionnelle<sup>3</sup>, le rôle d'expertise des pharmaciens d'officines dans leurs relations avec les établissements.

Afin de disposer du temps nécessaire au calibrage des forfaits de soins et à la définition d'un cahier des charges équilibré des relations contractuelles entre les pharmaciens d'officines et les Ehpad, le Gouvernement proposait de rendre applicable cette mesure à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 (paragraphe II). Celle-ci aurait été appliquée aux conventions tripartites en cours, sans attendre leur renouvellement, dans les mêmes conditions que lors de la réintégration des dispositifs médicaux.

Face aux craintes suscitées par ce dispositif, notamment chez les pharmaciens d'officine, l'Assemblée nationale a adopté un **compromis** qui permet de ne pas transiger sur le principe nécessaire de l'intégration des médicaments dans la dotation soins des Ehpad, tout en définissant les conditions indispensables afin de donner son plein effet à cette mesure :

- allongement des délais préalables à la généralisation du processus (jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2011) et mise en place d'**expérimentations** permettant de réaliser les ajustements nécessaires ;

- exclusion du forfait des médicaments les plus coûteux (par la création d'une **liste « en sus »**) ;

---

<sup>1</sup> *Rapport du groupe du travail « sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées », présidé par Pierre Deloménie, inspecteur général des affaires sociales - mars 2005.*

<sup>2</sup> *A partir des calculs effectués par le rapport Deloménie, la forfaitisation des dépenses de médicaments dans le cadre du tarif soins **procurerait une économie annuelle chiffrée à environ 100 millions d'euros de base**, correspondant à un transfert de 600 millions de l'Ondam « soins de ville » sur l'Ondam médico-social et une économie de 700 millions sur le premier.*

<sup>3</sup> *La voie conventionnelle a été ouverte par les dispositions du I de l'article 88 de la loi de financement pour 2007 (article L. 5126-6-1 du code de la santé publique).*

- accent mis sur la présence des pharmaciens d'officine au sein même des établissements, avec la création de la notion de **pharmacien référent**.

\*

\* \*

Votre rapporteur approuve l'esprit et le contenu de ces trois dispositifs dont le principe est défendu dans le rapport de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. Le processus de forfaitisation des ressources d'assurance maladie en Ehpad va progressivement placer les directeurs d'établissement et, demain, les agences régionales de santé en position de négociateurs de prix et de prestations vis-à-vis des professionnels de santé. Il ne s'agit pas d'organiser un rationnement des soins comme d'aucuns le prétendent, mais de **dépenser mieux et à bon escient**. Les instruments existent : il faut en diffuser et en favoriser l'usage. Il ne s'agit pas non plus de remettre en cause la liberté de choix du patient et la liberté de prescription du médecin non plus que la relation de confiance pouvant exister entre les personnes âgées en Ehpad et les pharmaciens d'officine qui restent leurs fournisseurs : le but est clairement d'inciter à réviser certaines pratiques, dans le cadre de l'exercice de ces libertés et dans le respect de ce lien de confiance, afin de **prescrire mieux et d'offrir des soins adaptés**, dans l'intérêt de la personne âgée.

La forfaitisation, pour être efficace, suppose cependant la réalisation de certains **prérequis** qui ne figuraient pas dans la version initiale de l'article 45 du projet de loi de financement sur la réintégration des médicaments dans le forfait soins des Ehpad, notamment :

- l'utilisation des instruments de conventionnement entre les établissements et les pharmacies d'officine, prévus par la loi de financement pour 2007, mais non mis en œuvre faute de décret d'application ; ce point paraît aujourd'hui réglé ;

- mais aussi, une définition plus claire du rôle du médecin coordonnateur, en particulier vis-à-vis des médecins prescripteurs et des pharmacies, ce qui est l'une des clés de la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse en Ehpad.

Les débats à l'Assemblée nationale ont permis de progresser sur le premier terrain, mais pas encore suffisamment sur le second. Des précisions et des améliorations peuvent ainsi être apportées au dispositif voté.

**Sous le bénéfice de ces observations, et sous réserve des amendements qu'elle vous propose, votre commission vous demande d'adopter les dispositions relatives au secteur médico-social (articles 43 à 46 et article 50) dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.**



## ANNEXE 1

### LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

- **Marine Darnault**, directrice du secteur social et médico-social de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)
- **Bruno Lachesnaie**, directeur de l'action sanitaire et sociale et des services aux personnes, et **Daniel Pinchenzon**, médecin technique national, de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)
- **Emmanuel Verny**, directeur général de l'union nationale de l'aide à domicile, des soins à domicile et des services aux domiciles (Una)
- **Anne-Valérie Dommanget**, responsable du département gestion, et **Antoine Fraysse**, responsable du service relations institutionnelles, de la fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales (Fegapei)
- **Alain Villez**, conseiller technique de l'union nationale interfédérale des œuvres privées sanitaires et sociales (Uniopss)
- **Yves Journal**, président, et **Florence Arnaiz-Maumé**, déléguée générale, du syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa)
- **Béatrice Levaux**, présidente de la fédération nationale des particuliers employeurs (Fepem)
- **Gérard Vincent**, délégué général, et **Andrée Barreteau**, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale, de la fédération hospitalière de France (FHF)
- **Danièle Dumas**, trésorière, et **Stéphanie Bertrand-Trouillard**, responsable développement, de l'union nationale des associations de service à domicile en milieu rural (UNADMR)
- **Marc Bourquin**, conseiller technique au cabinet de Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité
- **Jean-Jacques Tregoa**, directeur général, **Sabine Fourcade**, sous-directrice des institutions, des affaires juridiques et financières, **Gilles de Lagorce**, adjoint au sous-directeur des âges de la vie, et **Frédérique Chadel**, chargée de mission (personnes âgées), à la direction générale de l'action sociale (DGAS)
- **Patrick Gohet**, délégué interministériel aux personnes handicapées

- **Yves Daudigny**, sénateur, président de la commission des politiques sociales et familiales de l'assemblée des départements de France (ADF)
- **André Perrier**, président, et **Loïc O'Murphy**, directeur général, de la fédération nationale d'associations d'aide et de services à domicile (Adessa)
- **Annie De Vivie**, présidente de Agevillage
- **Laurent Vachey**, directeur, et **Laure-Marie Issanchou**, pôle « allocation budgétaire » de la direction des établissements et services médico-sociaux, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- **Guy Le Rochais**, président de France Alzheimer Catalogne
- **Pascal Champvert**, président de l'association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)

## ANNEXE 2

### LES PRINCIPALES ORIENTATIONS PROPOSÉES PAR LA MISSION COMMUNE D'INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE ET LA CRÉATION DU CINQUIÈME RISQUE

#### *1. Un effort plus équitable en direction des bénéficiaires de l'Apa à domicile*

- Relever les **plafonds** d'aide de façon ciblée pour les personnes isolées et les patients atteints de maladies neurodégénératives (comprenant une aide accrue aux aidants de patients atteints d'Alzheimer)
- Permettre une revalorisation des **plans d'aide**
- Améliorer la grille **Aggir** pour parvenir à un usage uniforme de cet outil sur tout le territoire et mieux prendre en compte la spécificité des maladies neurodégénératives. A défaut, adopter un autre outil
- Solliciter les **patrimoines** les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une Apa à 50 % ou une prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé (seuil à fixer à partir de 150 000 euros)

#### *2. Un reste à charge maîtrisé et une dépense plus efficace en établissements d'hébergement*

- Transférer les dépenses d'animation-service social et une part accrue des charges d'agents de service du tarif hébergement sur le tarif dépendance ; alléger le tarif dépendance de la part des charges d'aides soignants qui lui incombe pour la reporter sur le tarif soins (diminution de près de 200 euros du **reste à charge** pour les familles ; opération neutre pour les départements ; transfert d'un milliard d'euros de charges nouvelles sur l'assurance maladie)
- Etablir une **échelle dégressive** de versement de l'Apa en établissement
- Accroître l'**efficience** de la dépense de soins en établissement en agissant dans trois directions principales : la généralisation des **forfaits globaux**, la résorption des écarts de coûts par la mise en place d'une **convergence** des tarifs soins (gain potentiel de 350 millions d'euros), la **reconversion** de lits de court séjour en lits d'Ehpad (gain potentiel de 200 à 300 millions d'euros)
- Mettre en place des **référentiels de coûts** d'hébergement et rendre ces référentiels opposables, afin de garantir que la diminution du reste à charge bénéficiera bien aux personnes âgées et à leurs familles
- Réallouer pour partie au secteur médico-social, dans la transparence, les ressources de **CSG** correspondant aux **excédents** à venir de la branche Famille

**3. Une articulation à définir entre le socle solidaire et l'étage de financement assurantiel**

- Instituer un **processus conjoint** administrations publiques/assureurs pour le déclenchement des prestations en cas de dépendance
- Garantir la « **portabilité** » des contrats pour les souscripteurs qui souhaiteraient changer d'assureurs
- Permettre la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance sur un contrat épargne retraite, dans les mêmes conditions que les cotisations de base aux régimes d'épargne (**Perp**)
- Ouvrir la possibilité de convertir des contrats **d'assurance vie** en contrats dépendance, sans que cette transformation ne soit considérée comme une novation fiscale, c'est-à-dire sans coût ou pénalité pour l'assuré
- Réfléchir au développement de mécanismes facilitant pour **les personnes à bas ou moyens revenus** la souscription, sur une base volontaire, d'un contrat de prévoyance

**4. Une gouvernance à renforcer et à simplifier**

- Etablir un **partage à égalité** Etat (CNSA)/Départements pour le financement de l'Apa
- Modifier les critères de **péréquation** pour la répartition de l'enveloppe d'Apa afin de garantir une approche plus juste de la charge objective pour les départements (suppression de la référence au RMI ; institution d'un critère de revenu des ménages)
- Créer un conseil d'administration de la **CNSA** dans lequel seraient représentés l'Etat et les départements ; associer les assureurs dans le cadre d'un comité spécifique
- Prévoir l'élaboration conjointe des **Priac** par les départements et les futures ARS au travers d'une structure de concertation
- Expérimenter, sur une base volontaire, une **gestion déléguée aux départements** des crédits d'assurance maladie des Ehpad