

N° 88

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 novembre 2010

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2011, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par Mme Sylvie DESMARESCAUX,
Sénateur.

Tome III :
Médico-social

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 2584, 2912, 2916 et T.A. 553

Sénat : 84 et 90 (2010-2011)

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS	7
I. DES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX EN PROGRESSION, DES INQUIÉTUDES PERSISTANTES.....	9
A. UN ONDAM MÉDICO-SOCIAL TOUJOURS EN PROGRESSION	9
1. Une nouvelle méthode de construction de l'Ondam et de l'objectif global de dépense (OGD)	9
2. Un Ondam médico-social en progression de 3,8 % en 2011	10
3. Les ressources propres de la CNSA.....	10
a) L'exécution des budgets 2009 et 2010	10
b) Les ressources propres en 2011	11
4. L'objectif global de dépense (OGD) pour 2011	12
B. DES MOTIFS D'INQUIÉTUDE.....	15
1. Le risque de disparition des plans d'aide à l'investissement de la CNSA	15
2. Un projet de mise en réserve de crédits médico-sociaux difficilement compréhensible	16
3. La nécessité d'améliorer l'information et le rôle du Parlement	17
4. Un financement toujours difficile des allocations versées au titre de l'autonomie et du handicap	19
a) L'allocation personnalisée d'autonomie.....	19
b) La prestation de compensation du handicap.....	20
C. LA POURSUITE DES PLANS SOLIDARITÉ GRAND ÂGE ET ALZHEIMER	21
1. Le plan solidarité grand âge	21
a) Les créations de places	21
b) Le processus de médicalisation des établissements	22
2. Le plan Alzheimer	23
II. LA MISE EN ŒUVRE PROGRESSIVE DE RÉFORMES IMPORTANTES	28
A. LA LOI HPST, BOULEVERSEMENT DE L'ORGANISATION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	28
1. L'installation des agences régionales de santé.....	28
2. La nouvelle procédure d'autorisation des établissements.....	29
B. LES RÉFORMES ISSUES DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	32
1. La réforme de la tarification	32
2. L'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le tarif soins des Ehpad	35
3. La réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile	38
III. UNE RÉFORME GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE EN 2011	40
A. LE RAPPORT DE LA MISSION D'INFORMATION DU SÉNAT SUR LA CRÉATION DU CINQUIÈME RISQUE	40
B. DE NOMBREUSES CONTRIBUTIONS À LA RÉFLEXION.....	41
C. UNE QUESTION DE MÉTHODE À PRÉCISER.....	43

Les observations et propositions de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social en 2011

- Par la voix de son rapporteur, Sylvie Desmarescaux, la commission se félicite de la **croissance de 3,8 % de l'Ondam médico-social en 2011**, qui démontre un effort financier encore soutenu en direction des personnes âgées et des personnes handicapées.

Elle approuve la nouvelle méthode de construction de l'Ondam médico-social fondée sur une distinction entre autorisations d'engagement et crédits de paiement, qui permettra d'éviter une sous-consommation chronique des crédits médico-sociaux.

En revanche, **la commission estime malvenue la réduction de 100 millions d'euros de l'Ondam médico-social pour 2010**, qui a conduit la CNSA à n'inscrire à son budget pour 2011 aucun plan d'aide à l'investissement des établissements sociaux et médico-sociaux alors que ces aides à l'investissement sont particulièrement nécessaires. En l'absence de crédits destinés spécifiquement à financer ces plans, la CNSA les accompagne en effet habituellement en prélevant des fonds sur ses réserves constituées grâce aux crédits non consommés. La nouvelle méthode de construction de l'Ondam implique de prévoir, au sein de celui-ci, des crédits destinés spécifiquement aux plans d'aide à l'investissement des établissements, ce qui n'est pas le cas pour l'instant.

De même, la commission est défavorable à la **mise en réserve en 2011 de 100 millions d'euros de crédits médico-sociaux**. Avec la nouvelle méthode de construction de l'Ondam, les excédents constatés par le passé ont vocation à disparaître. Par ailleurs, l'Ondam médico-social est une enveloppe fermée et ne peut donc avoir aucune part dans un éventuel dépassement de l'Ondam global. Enfin, **l'Ondam médico-social représente 9,45 % de l'Ondam total et, selon les informations transmises par le Gouvernement, il supporterait 18,87 % des sommes mises en réserve, ce qui n'est pas acceptable**.

- La commission constate, pour le déplorer, que le taux de concours de la CNSA aux dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), et de prestation de compensation du handicap (PCH) se réduit chaque année, du fait du dynamisme de ces prestations, laissant à la charge des départements une part toujours croissante de ces dépenses.

- Elle observe que les réformes récemment adoptées dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale (tarification à la ressource, convergence tarifaire...) ou de la loi HPST (nouvelle gouvernance médico-sociale) entrent progressivement en vigueur. **Elle approuve la poursuite de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins des établissements prévue par le projet de loi, notant que cette réintégration présente de sérieux risques qui doivent être pleinement pris en compte avant une généralisation éventuelle.**

- La commission soutient les autres mesures relatives au secteur médico-social, en particulier la pérennisation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia). Elle est en revanche défavorable au report, par l'Assemblée nationale, de la possibilité pour les groupements de coopérations sociales et médico-sociaux de se doter de pharmacies à usage intérieur (PUI). Enfin, elle propose de clarifier le statut des médecins libéraux intervenant au sein des établissements médico-sociaux.

- Elle souhaite que l'année 2011 soit marquée par une réforme ambitieuse de la prise en charge de la dépendance, attendue depuis plusieurs années et en vue de laquelle la mission commune d'information du Sénat sur la création du cinquième risque a formulé des propositions dès 2008.

Mesdames, Messieurs,

L'année 2011 sera cruciale pour le secteur médico-social. La **réforme de la prise en charge de la dépendance**, annoncée par le Président de la République dès la fin de l'année 2007, sera en effet examinée par le Parlement après une période de concertation qui doit s'ouvrir très prochainement.

Dès 2008, la mission commune d'information du Sénat sur la création du cinquième risque a formulé d'importantes propositions dans la perspective de cette réforme. Il faut souhaiter que celle-ci permette de répondre dans les meilleures conditions possibles

Dans cette attente, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est marqué par un engagement encore soutenu en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, puisque l'Ondam médico-social progresse de 3,8 % après avoir connu une croissance de 5,8 % en 2010. Cette moindre progression est largement imputable à une nouvelle méthode de construction de l'Ondam qui doit permettre de mettre fin aux sous-consommations récurrentes de crédits constatées les années précédentes.

Ce constat positif ne saurait pour autant dissimuler certains sujets d'inquiétude. Ainsi, le reversement à l'assurance maladie de 100 millions d'euros de crédits médico-sociaux non consommés en 2010 risque de mettre en péril les aides à l'investissement accordées par la CNSA pour favoriser la modernisation des établissements médico-sociaux.

De même, la mise en réserve annoncée de crédits médico-sociaux dès le début de l'année 2011 paraît tout à fait discutable, dès lors que la nouvelle méthode de construction de l'Ondam mettra fin aux excédents constatés dans le passé.

La croissance régulière des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et de prestation de compensation du handicap (PCH) est également un sujet de préoccupation, dans la mesure où le taux de couverture de ces prestations par la CNSA ne cesse de diminuer, ce qui augmente mécaniquement le montant des dépenses restant à la charge des départements.

Avant même que soit examinée la loi sur la dépendance, le secteur médico-social doit mettre en œuvre d'importantes réformes, qu'il s'agisse de la mise en place d'une nouvelle gouvernance par la loi HPST ou de l'application de la tarification à la ressource et de la convergence tarifaire prévues par les dernières lois de financement de la sécurité sociale.

Dans ces conditions, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ne contient que peu de dispositions spécifiquement consacrées au secteur médico-social. Il constitue un texte d'attente avant le rendez-vous essentiel que constituera l'examen du futur projet de loi sur la dépendance.

I. DES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX EN PROGRESSION, DES INQUIÉTUDES PERSISTANTES

A. UN ONDAM MÉDICO-SOCIAL TOUJOURS EN PROGRESSION

Les crédits médico-sociaux sont retracés chaque année par l'objectif global de dépense (OGD) composé de :

- l'Ondam médico-social (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 ») ;

- la contribution propre de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA).

1. Une nouvelle méthode de construction de l'Ondam et de l'objectif global de dépense (OGD)

Au cours des dernières années, les crédits médico-sociaux ont régulièrement fait l'objet d'une sous-consommation, liée largement à un mode de construction budgétaire fondé sur la valorisation théorique de la cible de développement assignée au secteur médico-social, sans prise en compte des capacités effectives de réalisation des acteurs de terrain.

Afin de modifier cette situation pour mettre en œuvre un objectif de budgétisation assis sur la réalisation réelle des projets et la consommation financière qui s'y rattache, deux mesures ont été prises lors de la construction de l'OGD 2010 :

- une refaction de la base de l'OGD pour une cohérence plus forte entre le volume des engagements effectifs et la prévision de réalisation qui s'y rattache ;

- la notification d'enveloppes anticipées d'un volume important et avec une visibilité pluriannuelle plus grande.

La construction de l'OGD 2011 marque une nouvelle étape dans ce changement de mode de gestion : les objectifs sont désormais bâtis à partir de l'estimation des seuls crédits nécessaires aux besoins de financement effectifs de l'année (places nouvelles s'ouvrant réellement en 2011).

Cette logique aboutit à distinguer l'évolution des « crédits de paiement » prévus par l'OGD de l'année, correspondant aux seuls besoins de financement des places en service au cours de cette année, déterminés en fonction de leur rythme d'ouverture, de celle des « autorisations d'engagement » constituées par les **enveloppes anticipées à la disposition**

des ARS pour autoriser des places nouvelles, déterminées en fonction des objectifs annuels des plans gouvernementaux.

En conséquence, le suivi de la progression des moyens du secteur médico-social doit désormais s’appréhender à la fois au travers des volumes d’enveloppes anticipées représentatives de la montée en charge des plans gouvernementaux et au travers de l’OGD traduisant leur rythme effectif de mise en service sur le terrain.

2. Un Ondam médico-social en progression de 3,8 % en 2011

L’article 47 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 fixe l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (Ondam) de l’ensemble des régimes obligatoires de base à **167,1 milliards d’euros**, en progression de 2,9 % par rapport au montant prévisionnel des dépenses pour l’année 2010.

Les **deux sous-objectifs** « contribution de l’assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées » et « contribution de l’assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées » s’établissent respectivement à **7,6 milliards (+ 4,4 %)** et **8,2 milliards (+ 3,3 %)**.

La progression de l’Ondam médico-social s’établit en conséquence globalement à 3,8 %, en retrait de deux points par rapport à l’exercice 2010. Elle reste cependant supérieure à celles de l’Ondam hospitalier et de l’Ondam soins de ville, qui s’établissent à 2,8 %.

3. Les ressources propres de la CNSA

La gestion des crédits de l’Ondam médico-social est transférée, après son vote par le Parlement, à la CNSA, qui y ajoute sa contribution propre, l’ensemble constituant l’objectif global de dépense.

a) L’exécution des budgets 2009 et 2010

En 2009, la CNSA a connu un résultat déficitaire de 474 millions d’euros contrastant fortement avec ses résultats excédentaires des années précédentes. Ce résultat déficitaire correspond à un double phénomène :

- la section I (financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux) a dégagé un déficit de 63 millions avant prise en compte de l’apport sur réserves de la CNSA observé pour les excédents des années antérieures, avec 431 millions de sous-consommation de l’OGD affiché dans le budget primitif de la CNSA ;

- la section V (autres dépenses en faveur des personnes en perte d’autonomie) a présenté un déficit de 446 millions. Cette situation s’explique surtout par le financement, par la CNSA, de plans d’aide à l’investissement

avec les excédents des années précédentes. En 2009, ces opérations ont représenté 628 millions de charges réalisées sur 745 millions de charges prévisionnelles.

Les fonds propres figurant au bilan à l'issue de l'exercice 2009 s'élevaient donc à 539 millions, dont 56 millions mobilisés dans la construction de l'OGD 2010 et 151 millions destinée au financement du plan d'investissement sur 2010.

Le compte de résultat prévisionnel de 2010 fait remonter un déficit comptable de 202 millions avant prélèvement sur réserves, qui s'explique principalement par :

- la convention retenue par la CNSA au moment de la présentation du budget modification, qui est celle d'un OGD réalisé identique à l'OGD arrêté. Le déficit de la section I s'établissait de ce fait à 37 millions avant prise en compte de l'apport sur réserves de la CNSA alimenté par les excédents des années antérieures ;

- un déficit de 151 millions de la section V correspondant principalement aux prévisions inscrites en charges au titre du plan d'aide à l'investissement de 2010 financé par les excédents dégagés lors des exercices précédents.

Sous ces hypothèses, les fonds propres à la CNSA à fin 2010 s'établissent à 337 millions.

Il convient de noter que l'exécution de l'exercice 2010 a été particulièrement difficile, compte tenu de la coïncidence de plusieurs réformes : réforme de la tarification qui a eu pour conséquence une campagne tarifaire particulièrement tardive, première étape de la modification de la méthode de construction de l'OGD ; entrée en fonction des ARS qui ont succédé aux Ddass, chargées auparavant de faire remonter à la CNSA les besoins dans chaque département. Certaines Ddass avaient sous-évalué les enveloppes nécessaires, de sorte que les enveloppes régionales se sont parfois révélées insuffisantes pour faire face aux besoins.

Face à cette situation, la CNSA a débloqué 30 millions d'euros supplémentaires pour les établissements pour personnes âgées au mois de septembre, puis 60 millions lors de la dernière révision de son conseil d'administration tenue le 19 octobre dernier.

b) Les ressources propres en 2011

En application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les ressources propres de la CNSA sont constituées, pour l'essentiel, d'une partie de la contribution solidarité autonomie (CSA) et d'une fraction de la CSG non déductible.

**Recettes propres de la CNSA pour 2009 (réalisations)
et prévisions relatives à 2010 et 2011**

(en millions d'euros)

	2009 (réalisé)		2010 (prévisions)		2011 (prévisions)	
CSG	1 099	- 2,1 %	1 115	1,4 %	1 145	2,7 %
CSG perçue sur les revenus d'activité et de remplacement	987	0,9 %	996	0,91 %	1 026	3 %
CSG perçue sur les revenus du patrimoine	50	- 30 %	52	3,6 %	48	- 7 %
CSG perçue sur les revenus de placement	55	- 18,4 %	62	11,9 %	65	4,7 %
CSG perçue sur les produits des jeux	7	26,1 %	5	- 23,4 %	6	156 %
CSA	2 206	- 3,9 %	2 252	2,1 %	2 318	2,9 %
CSA perçue sur les revenus d'activité	1 887	0 %	1 907	1,1 %	1 978	3,7 %
CSA perçue sur les revenus du patrimoine	151	- 29,8 %	157	4,2 %	145	- 7,6 %
CSA perçue sur les produits de placement	169	- 13,2 %	188	11,5 %	195	3,6 %
Participation des régimes d'assurance vieillesse	66	1,2 %	67	1,8 %	68	1,3 %
PRODUITS BRUTS CNSA (hors produits financiers)	3 371	- 3,2 %	3 434	1,9 %	3 531	2,8 %
Produits financiers	45	- 26,8 %	10	- 78 %	10	0,0 %
PRODUITS CNSA	3 417	- 3,6 %	3 444	0,8 %	3 541	2,8 %

Source : CNSA

En 2009, les produits de la CNSA ont diminué pour s'établir à 3,4 milliards d'euros sous l'effet de la crise économique. L'année 2010 devrait s'achever sur une légère amélioration appelée à se poursuivre en 2011.

4. L'objectif global de dépense (OGD) pour 2011

Le niveau de l'Ondam médico-social et les ressources propres de la CNSA permettent de financer un OGD pour 2011 s'élevant à 17,106 milliards d'euros, en progression de 4,5 % par rapport à 2010 et se décomposant de la manière suivante :

- 8,582 milliards pour l'OGD personnes âgées. Il est financé à hauteur de 7,588 milliards par la contribution des régimes d'assurance maladie (Ondam), de 881 millions par la recette de CSA et de 113 millions de contributions issues des réserves de la CNSA ;

- 8,524 milliards pour l'OGD personnes handicapées. Il est financé à hauteur de 8,224 milliards par la contribution des régimes d'assurance maladie (Ondam), de 272 millions par la recette de CSA et de 28 millions par un prélèvement sur les excédents des exercices antérieurs de la CNSA.

Les comptes prévisionnels de la CNSA pour 2011

(en millions d'euros)

Charges	Prévision	Produits	Prévision
Section I		Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	17 204,9	Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	17 204,9
<i>Sous-section I</i>		<i>Sous-section I</i>	
<i>Etablissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 576,6	<i>Etablissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 576,6
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 523,7	Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	324,6
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	27,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (Ondam)	8 223,7
Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (Anesm)	0,8	Déficit	28,2
Agence nationale pour l'appui à la performance (Anap)	0,5		
Opérations diverses	24,5		
<i>Sous-section II</i>		<i>Sous-section II</i>	
<i>Etablissements et services accueillant des personnes âgées</i>	8 628,4	<i>Etablissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	8 628,4
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 582,3	Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	927,3
Financement du déploiement de 35 Maia supplémentaires	12,2	Contribution des régimes d'assurance maladie (Ondam)	7 588,5
Agence nationale d'évaluation des ets et serv. médico-sociaux (Anesm)	1,5	Déficit	112,5
Agence nationale pour l'appui à la performance (Anap)	0,5		
Opérations diverses	31,8		
Section II		Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)	1 623,9	Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)	1 623,9
Concours versés aux départements (Apa)	1607,0	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	463,7
Congé de soutien familial	0,5	Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 087,6
Opérations diverses	16,4	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,6
		Produits financiers	5,0
Section III		Section III	
Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	607,8	Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	607,8
Concours versés aux départements (PCH)	522,2	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	602,8
Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	Produits financiers	5,0
Majoration AEEH (versement Cnaf)	5,4		
Congé de soutien familial	0,5		
Opérations diverses	19,8		

Charges	Prévision	Produits	Prévision
Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	69,1	Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	69,1
<i>Sous-section I</i> <i>Personnes âgées</i>	57,2	<i>Sous-section I</i> <i>Personnes âgées</i>	57,2
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	56,8	Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	57,2
Opérations diverses	0,5		
<i>Sous-section II</i> <i>Personnes handicapées</i>	11,9	<i>Sous-section II</i> <i>Personnes handicapées</i>	11,9
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section I de la section I	11,9
Plan métier			
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	278,0	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	278,0
<i>Sous-section I</i> <i>Actions en faveur des personnes âgées</i>	205,0	<i>Sous-section I</i> <i>Actions en faveur des personnes âgées</i>	205,0
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la sous-section II de la section I	10,0
Plan Alzheimer - expérimentation Maia	5,0	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	190,0
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2010 »	190,0	Déficit	5,0
<i>Sous-section II</i> <i>Actions en faveur des personnes handicapées</i>	73,0	<i>Sous-section II</i> <i>Actions en faveur des personnes handicapées</i>	73,0
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la sous-section III	10,0
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2010 »	63,0	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	63,0
Section VI Frais de gestion de la caisse	17,3	Section VI Frais de gestion de la caisse	17,3
Dépenses de fonctionnement/CNSA	8,0	Contributions des sections I à IV-I pour frais de caisse/CNSA	17,2
Dépenses de personnel/CNSA	8,831020	Produit exceptionnel pour remboursement M.A.D.	0,1
Excédent	0,4		
TOTAL		TOTAL	
Total des charges du compte prévisionnel	19 751,5	Total des produits du compte prévisionnel	19 606,1
Résultat prévisionnel (excédent)	0,0	Résultat prévisionnel (déficit)	145,4
Total équilibre du compte	19 751,5	Total équilibre du compte	19 751,5

Source : CNSA

B. DES MOTIFS D'INQUIÉTUDE

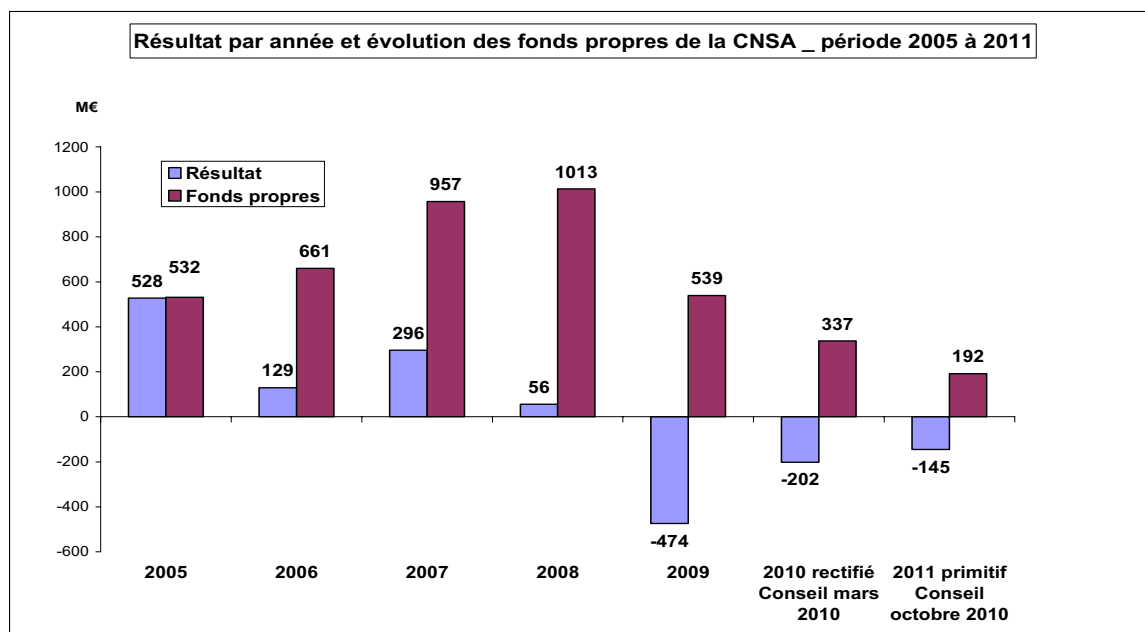
La progression des crédits médico-sociaux ne peut masquer certains motifs d'inquiétude.

1. Le risque de disparition des plans d'aide à l'investissement de la CNSA

Lors de la discussion du précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale, votre rapporteur s'inquiétait de la persistance de la sous-consommation des enveloppes financières médico-sociales dans un contexte de rareté des fonds publics. Elle ne peut donc que se féliciter des nouvelles modalités de construction de l'Ondam médico-social, qui devraient mettre fin à cette situation.

Néanmoins, si elle présentait des inconvénients réels, l'existence de crédits non consommés au sein de l'OGD permettait à la CNSA d'inscrire à son budget de l'année suivante un **plan d'aide à l'investissement** grâce auquel elle participait à la modernisation des établissements médico-sociaux. Cette participation de la CNSA aux projets de modernisation est essentielle pour les établissements, dans la mesure où bon nombre de financeurs n'acceptent de s'engager qu'une fois que la caisse a confirmé sa participation.

Les évolutions en cours dans la construction de l'Ondam médico-social et de l'OGD vont mettre fin aux excédents constatés, et par conséquent faire disparaître les réserves de la CNSA qui lui permettaient de bâtir des plans d'aide à l'investissement.



Source : CNSA

Votre rapporteur estime donc difficilement compréhensible la mesure prévue à l'article 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale tendant à réduire de 100 millions d'euros, pour l'année 2010, le sous-objectif relatif à la contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées et de restituer cette somme à la Cnam.

Certes, cette opération, qui succède à une restitution de 150 millions d'euros à la Cnam en 2009, doit permettre d'afficher pour la première fois depuis 1997 un respect de l'Ondam voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, malgré un dépassement du sous-objectif établissements de santé...

Mais elle a conduit la CNSA à ne prévoir aucun plan d'aide à l'investissement pour 2011, dans la mesure où les crédits non consommés de l'OGD devraient être particulièrement réduits cette année et sont encore impossibles à connaître, compte tenu du caractère particulièrement tardif de la campagne budgétaire 2010.

Dans leur **enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense réalisée en 2009 et dont les résultats définitifs ont été publiés en février 2010**, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF) avaient certes recommandé la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire permettant d'éviter les sous-consommations de crédits, mais également **l'inscription explicite dans l'OGD d'une enveloppe de financement au titre du plan d'aide à l'investissement permettant la poursuite d'actions de modernisation des établissements sociaux et médico-sociaux**. Cette préconisation n'a pas pour l'instant été suivie d'effets.

2. Un projet de mise en réserve de crédits médico-sociaux difficilement compréhensible

Dans son rapport sur le **pilotage des dépenses d'assurance maladie**, le groupe de travail présidé par Raoul Briet a préconisé, pour favoriser le respect de l'Ondam, la mise en réserve en début d'exercice d'une fraction des dotations, le dégel des crédits devant être subordonné à une décision du comité de pilotage intervenant à l'automne sur la base des informations sur le respect de l'Ondam de l'année en cours.

Naturellement, toutes les dépenses du champ de l'Ondam ne peuvent être mises en réserve. Ces dépenses sont en effet de nature mixte : une partie correspond à des prestations de santé, impossibles à mettre en réserve, et l'autre à des dotations qui sont proches de crédits de nature budgétaire. Ainsi le groupe de travail a-t-il identifié trois postes privilégiés pour procéder à ces mises en réserve :

- au titre de l'Ondam soins de ville, **le Fiqcs**, soit environ 0,3 % des dépenses du secteur et 0,2 % de l'Ondam total ;

- au titre de l'Ondam hospitalier, **le Fmespp et la dotation Migac**, soit près de 16,5 % des dépenses du secteur et 5 % de l'Ondam total ;

- **la totalité des crédits de l'Ondam médico-social, soit près de 9 % de l'Ondam total.**

Lors de son audition par la commission des affaires sociales, la ministre de la santé a annoncé que, dès 2011, **530 millions d'euros de crédits** allaient être mis en réserve pour n'être débloqués qu'en fonction des prévisions relatives à l'exécution de l'Ondam. **Une somme de 100 millions sera notamment mise en réserve sur les crédits de l'Ondam médico-social.**

Votre rapporteur estime que ce choix est triplement contestable :

- en premier lieu, l'Ondam médico-social a certes été caractérisé au cours des dernières années par une sous-consommation de crédits liée à la budgétisation de places créées indépendamment des capacités de réalisation sur le terrain. Cette situation est cependant appelée à cesser avec les nouvelles modalités de construction de l'objectif global de dépenses qui a d'ailleurs pour conséquence une progression plus modérée de l'Ondam médico-social en 2011 par rapport aux années précédentes. **La mise en réserve de crédits ne peut donc en aucun cas être justifiée par les sous-consommations passées ;**

- en second lieu, l'Ondam médico-social ne peut, par construction, être à l'origine d'un dépassement de l'Ondam global, dès lors qu'il s'agit d'une enveloppe fermée. Il est donc particulièrement choquant qu'il puisse être envisagé de renoncer à l'ouverture de places d'Ehpad ou à d'autres dépenses médico-sociales pour faire face à des dérapages sur les soins de ville ou l'hôpital ;

- **enfin, l'Ondam médico-social, à travers ses deux sous-objectifs, représente, en 2011, 9,45 % de l'Ondam total mais devrait supporter 18,87 % de la mise en réserve envisagée par le Gouvernement.**

Une telle situation contredirait de manière manifeste les affirmations selon lesquelles le secteur médico-social est une priorité au sein des lois de financement de la sécurité sociale et votre rapporteur souhaite que les décisions de mise en réserve soient réexaminées.

Elle considère pour l'avenir que le Parlement devrait pouvoir se prononcer par un vote sur les sommes à mettre en réserve en début d'exercice.

3. La nécessité d'améliorer l'information et le rôle du Parlement

Dans leur enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, l'Igas et l'IGF ont notamment souligné l'insuffisance de l'information du Parlement en ce qui concerne le secteur médico-social.

**Extrait de l'enquête de l'Igas et de l'IGF
sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (OGD)**

L'OGD et l'apport financier de la CNSA à celui-ci sont fixés uniquement par voie d'arrêté, le Parlement n'étant informé de leur montant prévisionnel que dans le cadre de l'annexe 8 du PLFSS dont la lisibilité est assez faible. La CNSA n'est pas insérée dans les tableaux d'équilibre soumis au vote au PLFSS et le Parlement ne se prononce donc pas par un vote sur les comptes et le budget prévisionnel de la CNSA.

L'efficacité des dépenses publiques conduit ainsi à souligner l'insuffisance du contrôle du Parlement sur les crédits de la dépendance de manière générale et de l'OGD en particulier. La situation actuelle apparaît en effet préjudiciable en raison :

- de l'éclatement des débats du projet de loi de financement de la sécurité sociale entre de nombreux enjeux différents, dans un contexte où l'Ondam voté par le Parlement ne comprend pas la totalité des montants destinés aux établissements et services aux personnes dépendantes ;

- de l'extrême complexité des circuits de financement caractérisés par la double comptabilisation des crédits d'assurance maladie.

En définitive, il est sans doute nécessaire de rétablir une plus grande clarté de l'approche du secteur médico-social dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cette démarche supposerait *a minima* de revoir la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 pour **permettre à la loi de financement de voter un tableau d'équilibre pour le risque « perte d'autonomie », avec éventuellement une séparation de la partie « personnes âgées » et de la partie « handicap ». Il conviendrait que la répartition du financement de l'OGD entre l'assurance maladie et la CNSA soit présentée de manière plus lisible, en permettant 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) présentant l'intégralité des dépenses et des recettes, y compris les ressources propres de la CNSA et le complément que la caisse apporte sur ces mêmes ressources à l'Ondam médico-social.**

Votre rapporteur soutient ces propositions et estime que la prochaine réforme de la dépendance, attendue en 2011, devrait permettre une modification de la loi organique de 2005, afin de permettre au Parlement d'appréhender de manière plus complète les dépenses et recettes de la CNSA.

Elle se félicite de la disposition adoptée dans le cadre du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale tendant à faire que l'annexe 7 du PLFSS relative à l'Ondam et à la dépense nationale de santé favorise désormais le montant des objectifs **d'engagement inscrits pour l'année à venir pour les établissements et services médico-sociaux** relevant de l'objectif de dépenses, ainsi que le taux prévisionnel de consommation pluriannuel se rattachant aux objectifs d'engagement inscrits pour l'année à venir et le bilan des taux de consultation des objectifs d'engagement arrivés à échéance au cours des derniers exercices clos et de l'exercice en cours.

Il conviendra d'aller plus loin dans l'amélioration de l'information du Parlement.

4. Un financement toujours difficile des allocations versées au titre de l'autonomie et du handicap

Le budget total de la CNSA devrait s'élever en 2011 à 19,75 milliards d'euros. Sur ce montant, 17,1 milliards sont dirigés vers les établissements médico-sociaux *via* l'OGD et un peu plus d'une centaine de millions sont consacrés à des dépenses de promotion des actions innovantes, à des dépenses d'animation, de prévention et d'études, enfin aux frais de gestion de la caisse.

Le solde, soit 2,23 milliards d'euros, est destiné à trois types d'action :

- les concours versés aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ;
- les concours versés aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- les concours versés aux départements au titre des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Compte tenu du dynamisme des dépenses d'Apa et de PCH, le taux de concours de la CNSA ne cesse de diminuer au fil du temps.

a) L'allocation personnalisée d'autonomie

L'Apa, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, est accessible aux personnes âgées de plus de soixante ans dont le niveau de dépendance, évalué à partir de la grille Aggir en groupes Iso-ressources (Gir), se situe entre un et quatre sur une échelle allant jusqu'à six, du plus dépendant au moins dépendant.

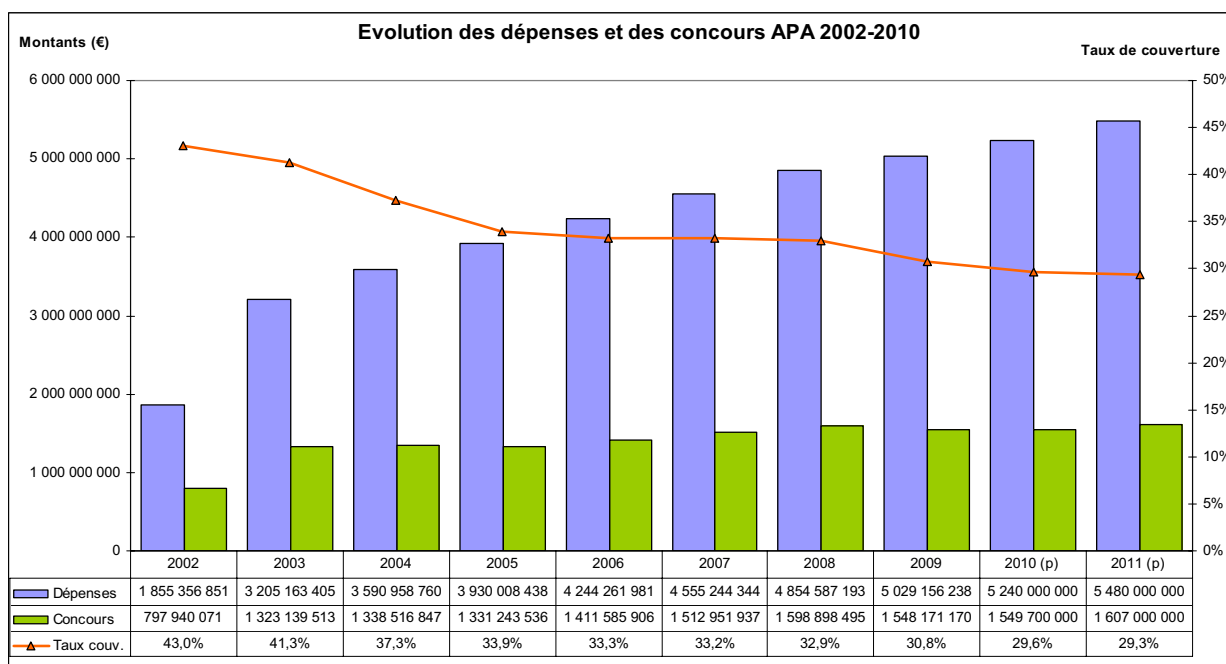
A la fin de l'année 2009, 1 136 000 personnes âgées dépendantes ont eu accès à l'Apa, soit une progression de 1,9 % en un an, mais forte que celle constatée l'année précédente (3,4 %).

Au 31 décembre 2009, 62 % des bénéficiaires vivaient à domicile et 38 % en Ehpad. La politique de soutien à domicile, qui avait permis de contenir la progression des effectifs en établissement, semble cependant marquer le pas. En 2009 pour la première fois, le nombre de bénéficiaires de l'Apa a crû légèrement plus en établissement qu'à domicile.

Les coûts unitaires de l'Apa en établissement continuent d'augmenter à un rythme plus soutenu qu'à domicile, tout en restant inférieurs.

Selon les informations fournies par la CNSA, sous l'hypothèse d'une prolongation des tendances passées constatées, les dépenses d'Apa pourraient croître à un rythme de 4,6 % en 2011. **Parallèlement, le concours de la CNSA, qui dépend des recettes de CSG et de CSA (contribution solidarité autonomie), ne devrait progresser que de 2,7 %, ce qui conduirait à une nouvelle dégradation du taux de concours qui n'atteindrait que 29 % en 2011.**

Une telle évolution conduira à augmenter le poids des dépenses à la charge des départements, une partie d'entre eux se trouvant dans une situation particulièrement difficile, du fait de l'évolution de leurs dépenses sociales.



Source : CNSA

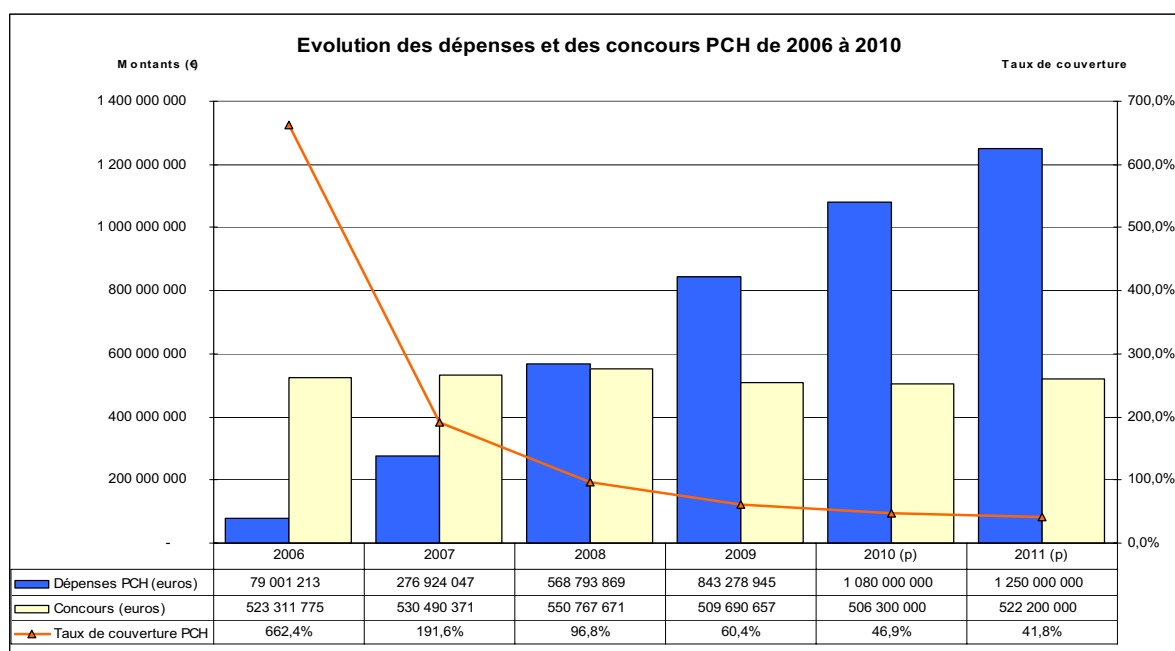
b) La prestation de compensation du handicap

La compensation du handicap repose, depuis la loi du 11 février 2005, sur la prise en compte du projet de vie global des personnes handicapées, au moyen de la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette prestation comporte cinq volets d'aides - humaines, techniques, liées au logement et au véhicule, spécifiques, animalières - dont la combinaison est adaptée aux besoins de chaque personne.

Après un démarrage assez lent, la PCH est fortement montée en charge au cours des années 2008 et 2009. Cette tendance se poursuit, à un rythme cependant plus modéré, en 2010.

En décembre 2009, 102 693 personnes bénéficiaient de la PCH, soit une progression de 47 % par rapport à 2008. Parallèlement, le nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice (ACTP) a diminué de 11 %.

Le montant du concours de la CNSA à la PCH est calculé sur la base d'une fraction comprise entre 26 % et 30 % des recettes de la contribution solidarité autonomie (CSA). **Le taux de concours atteignait encore 60 % en 2009 mais ne serait plus que de 47 % en 2010 et pourrait diminuer encore en 2011.**



Source : CNSA

C. LA POURSUITE DES PLANS SOLIDARITÉ GRAND ÂGE ET ALZHEIMER

1. Le plan solidarité grand âge

Le plan solidarité grand âge (PSGA), présenté le 27 juin 2006 par le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, poursuit en les amplifiant les objectifs du plan « vieillissement et solidarités » mis en œuvre en 2004, après le drame de la canicule d'août 2003, dans le cadre de la réforme de solidarité en faveur des personnes dépendantes. Il consiste à anticiper les transformations démographiques que va connaître le pays et à adapter l'offre de services à la diversité des attentes et des besoins, notamment en renforçant la médicalisation des établissements et services et en créant des places supplémentaires d'accueil pour les personnes âgées, notamment pour le maintien à domicile, dans le cadre d'un plan pluriannuel à cinq ans.

a) Les créations de places

Concernant les établissements, outre les moyens importants alloués par la réforme de la tarification afin d'améliorer leur médicalisation, le PSGA affiche pour ambition de créer chaque année, entre 2007 et 2012, 5 000 places supplémentaires en Ehpad, soit un objectif global de 25 000 places sur la durée du plan.

En raison des besoins importants que retracent les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac), la tranche 2008 de création de places d'Ehpad a été portée à 7 500 places et la tranche 2009 à 12 500 places à la faveur du plan de

relance de l'économie, soit 7 500 places au titre de la tranche annuelle du PSGA et 5 000 places au titre du plan de relance, ce qui représente un triplement du rythme initial du précédent plan « vieillissement et solidarités » et devrait permettre notamment de mieux prendre en compte les besoins qui résultent de la maladie d'Alzheimer.

S'agissant des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), le PSGA prévoit de renforcer sensiblement le rythme de leur création : il est donc prévu la création annuelle de 6 000 places de Ssiad pour disposer, en 2025, de 232 000 places installées selon un maillage territorial équilibré et tarifées en fonction des besoins et de la charge en soins requis des patients.

Pour garantir le libre choix du domicile en développant l'accompagnement des aidants et des formules de répit, le PSGA prévoit de créer, chaque année, 3 250 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

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	6 000	6 000	6 000	36 000
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	12 500	7 500	5 000	5 000	42 500
Total	14 250	16 750	21 750	16 750	14 250	14 250	98 000

Source : secrétariat d'Etat à la solidarité

b) Le processus de médicalisation des établissements

Depuis 1997, l'objectif d'amélioration de l'encadrement, du suivi et de la qualité de vie des personnes âgées qui résident en établissements repose sur la signature de conventions tripartites entre le département, l'Etat et l'établissement concerné. Ces conventions établissent les objectifs de qualité à atteindre en contrepartie desquels l'Etat et les départements s'engagent à augmenter les moyens alloués.

Le processus de médicalisation de seconde génération lancé en 2007 (« pathossification ») est fondé sur une évaluation des besoins de soins des résidents, effectuée par les médecins coordonnateurs des établissements et validée par les médecins conseils de l'assurance maladie. L'article 43 *quinquies* du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoit, en cohérence avec les dispositions de la loi HPST, que la validation soit désormais effectuée par des médecins des agences régionales de santé (ARS).

L'attribution des crédits au titre de la médicalisation, dans le cadre du nouveau mode de tarification au GMPS (groupe iso-ressources moyen pondéré) requiert ensuite la signature ou le renouvellement des conventions tripartites.

Pour l'instant, le processus de conventionnement ne permet pas encore d'atteindre les objectifs fixés annuellement.

L'évolution du taux de conventionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes depuis 2004

		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médicalisation de première génération	Cumul des places depuis 2000	314 028	390 000	440 553	513 673	549 253	551 893
	Taux de conventionnement	56 %	69 %	78 %	91 %	97 %	99,6 %
Médicalisation de deuxième génération (« pathossification »)	Cumul des places depuis 2006	-	-	2 706	75 192	158 712	254 815
	Taux de tarification au GMPS par rapport à la cible éligible à la fin de l'année n	-	-	4 %	51 %	64 %	45 %

Source : CNSA

2. Le plan Alzheimer

Le plan Alzheimer 2008-2012, présenté à Nice le 1^{er} février 2008, comporte trois axes - améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir, se mobiliser pour un enjeu de société -, onze objectifs et quarante-quatre mesures. Plusieurs mesures concernent le champ médico-social.

• Développer et diversifier des formules de répit

- Les pouvoirs publics ont déjà développé une offre de structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire) qui bénéficie aujourd'hui d'une attention soutenue. Un état des lieux des dispositifs existants a mis en évidence les difficultés de fonctionnement des accueils de jour et il a été décidé de faire évoluer ce dispositif.

Les nouvelles modalités de fonctionnement des accueils de jour ont été précisées dans une circulaire du 25 février 2010 qui fixe notamment une capacité minimale (six places pour les accueils de jour adossés à un Ehpad et dix places pour un accueil de jour autonome) et prévoit la majoration du forfait transport de 30 %, l'obligation de mise en œuvre d'un dispositif de transport adapté ou, à défaut, une atténuation du forfait journalier pour les familles qui assurent elles-mêmes le transport de leur malade et un financement pérenne des structures conditionné à la réponse à une enquête d'activité.

- Au-delà de la création de places dans le cadre de ces deux types de dispositifs, le plan Alzheimer prévoit une expérimentation et une évaluation de **plateformes de répit et d'accompagnement** pour les aidants familiaux et les malades visant à offrir sur un même territoire une palette de formules (accueil de jour, répit à domicile, ateliers de réhabilitation, rencontres d'aidants,

groupes de parole, sorties accompagnées...) afin de déterminer ce qui est le plus profitable à la fois pour l'aidant et la personne malade.

A la suite d'un appel à projets, onze sites ont été retenus sur une centaine de candidatures, pour expérimenter cette nouvelle formule.

Un deuxième appel à projets a été lancé le 15 février 2010 pour accompagner, évaluer et modéliser des formules de répit encore très peu développées sur le territoire. Dix-huit candidats ont été retenus.

Enfin, une convention relative au soutien psychologique des aidants a été signée le 22 juin 2010 entre France Alzheimer et la CNSA.

En 2011, un guide pour la création de centres d'accueil de jour et l'ouverture de places de répit sera élaboré, pour lever certains freins aux initiatives, en partenariat avec les associations et fondations. La rédaction de ce guide sera réalisée après l'évaluation actuellement en cours des plateformes de répit et d'accompagnement.

Un financement de 8 millions d'euros est prévu en 2011 par redéploiement du financement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire afin de créer soixante-quinze plates-formes de répit et d'accompagnement.

• Consolider les droits à la formation des aidants

Afin de leur apporter les connaissances nécessaires à la compréhension des difficultés des malades, au maintien de la relation sociale et affective et à l'adaptation de l'environnement, le plan Alzheimer prévoit deux jours de formation par an pour chaque aidant familial afin d'aider les familles à construire un projet de vie avec la personne devenue malade. Ces formations doivent porter notamment sur la relation d'aide, les techniques de prise en charge, la communication non verbale et la gestion du stress.

Le référentiel de formation ainsi que la détermination des modalités d'organisation, les objectifs et résultats attendus des organismes en charge de cette formation ont été élaborés par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire associant France Alzheimer, la fondation Médéric Alzheimer, la société française de gériatrie et de gérontologie, la CCMSA ainsi que des personnes qualifiées et reconnues dans la réalisation d'actions de formations pour les aidants (AP-HP).

Une convention nationale relative à la formation des aidants entre la CNSA et France Alzheimer a été signée le 24 novembre 2009. La formation a démarré à la fin deuxième semestre 2009. D'ores et déjà, un millier d'aidants a bénéficié de cette formation.

- **Créer des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia)**

Afin de favoriser « l'intégration » des différents dispositifs d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs familles, le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la création de « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) » fédérant le réseau des acteurs de proximité et coordonnant leurs actions autour du malade. A la suite d'un appel à candidatures, dix-sept projets ont été retenus. Cent quarante autres sont associés à l'expérimentation *via* un club de volontaires sous la conduite de l'équipe projet nationale (EPN). Les premières expérimentations de ces Maia ont débuté en 2009 et se prolongeront en 2011, avant leur labellisation définitive.

Au 1^{er} juin 2010, 652 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont été prises en gestion de cas dans le cadre de l'expérimentation. L'année 2011 sera celle d'une généralisation progressive du dispositif grâce à la création de trente-cinq Maia supplémentaires qui s'ajouteront aux dix-sept sites fonctionnant déjà dans le cadre de l'expérimentation.

L'article 43 *bis* du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, inséré par l'Assemblée nationale, donne une base légale aux Maia tout en prévoyant les conditions de leur financement par la CNSA.

- **Mettre en place des coordonnateurs/gestionnaires de cas au sein des Maia**

Pour les cas complexes, le plan prévoit que les Maia disposeront de professionnels aguerris « coordonnateurs » ou « gestionnaires de cas » qui seront les interlocuteurs uniques, responsables du suivi sur le long terme de la coordination des différents intervenants.

A l'issue du plan, il est prévu la création de 1 000 postes de gestionnaires de cas élaborant un plan de services personnalisé et organisant la prise en charge multidisciplinaire adaptée à chacun. Le gestionnaire de cas sera le correspondant unique du médecin traitant et le porte-parole de la personne malade et de son entourage.

Actuellement, cinquante-trois personnes suivent une formation de gestionnaires de cas à l'université Paris V René Descartes. L'objectif pour la fin 2010 est de former soixante-dix personnes à la gestion de cas dans cette université. En lien avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche et certaines universités, la formation à la gestion de cas est proposée depuis la rentrée 2010 dans d'autres universités.

• **Faire intervenir des personnels spécialisés au domicile**

Afin d'améliorer la prise en compte de la dépendance psychique et de développer les activités de réhabilitation des capacités motrices et cognitives du malade, l'une des mesures du plan prévoit un renforcement à domicile de l'offre de services de soins adaptés.

Ces interventions à domicile pour délivrer une prestation d'accompagnement des malades et de stimulation de leurs capacités restantes seront rendues possibles par la création d'équipes spécialisées composées d'assistants de soins en gérontologie et d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), des services polyvalents d'aides et de soins à domicile (Spasad) ou dans le cadre d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

Quarante équipes spécialisées réparties sur l'ensemble du territoire ont été sélectionnées en 2009, en guise de préfiguration des conditions de leur généralisation d'ici 2012. Les expérimentations ont débuté le 1^{er} septembre 2009.

Une évaluation des expérimentations des équipes spécialisées Alzheimer assurant une prestation de soins d'accompagnement et de réhabilitation a été réalisée de janvier à juin 2010. Actuellement, plus de 1 200 personnes sont prises en charge à domicile par ces quarante équipes spécialisées. Une étude d'impact des soins réalisés par les équipes spécialisées est en cours.

En 2010, des crédits ont été dégagés (25 millions d'euros) pour financer le fonctionnement de 166 équipes spécialisées, à hauteur de 150 000 euros par équipe. Il est prévu de financer une tranche équivalente de 166 équipes spécialisées en 2011 et 2012, pour disposer de 500 équipes fin 2012 à échéance du plan.

• **Créer ou identifier dans les Ehpad des unités pour les malades souffrant de troubles comportementaux**

Pour faire face à l'insuffisante capacité d'adaptation des Ehpad à des prises en charge différenciées et évolutives en fonction de la gravité de l'état des malades, il est apparu nécessaire d'adapter les modalités d'organisation des établissements aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, seul moyen d'éviter les hospitalisations répétées et indues.

Le plan a prévu de créer, pour les patients souffrant fréquemment de troubles psycho-comportementaux et en fonction du niveau de ces troubles, deux types d'unités spécifiques :

- des pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa), proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement

aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation ;

- des **unités d'hébergement renforcées (UHR)** pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour douze à quatorze personnes, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités.

Ces unités seront animées par des professionnels spécifiquement formés :

- des assistants de soins en gérontologie,
- un psychomotricien ou un ergothérapeute.

A ce jour, plus de 532 dossiers de Pasa et 238 dossiers d'UHR sont parvenus aux ARS ; 53 dossiers de Pasa et 9 dossiers d'UHR sont en attente d'une visite sur site pour leur éventuelle labellisation.

Deux circulaires interministérielles du 7 janvier et 31 mai 2010 ont précisé :

- les modalités de financement des Pasa et des UHR.
- la planification des besoins régionaux en Pasa et UHR en fonction du nombre de malades déclarés en ALD pour rééquilibrer les programmations sur les territoires.
- les critères d'admissibilité en Pasa et en UHR (élaborés par un groupe d'experts et de professionnels).
- les étapes de la labellisation.

Les financements 2010 sont reconduits en 2011 et 2012 : pour chacune des trois années, 38 millions d'euros sont prévus pour permettre le développement de 8 333 places de Pasa par an, conformément aux objectifs du plan de création de 25 000 places d'ici fin 2012. En outre, 35 millions d'euros sont consacrés au développement des UHR et permettent le financement de la totalité de la cible à atteindre pour le secteur médico-social, soit 1 670 places sur un total de 5 000 fin 2012, les 3 350 places restantes relevant du champ sanitaire et des unités de soins de longue durée redéfinies.

En 2011 sera mise en place une action-recherche sous la forme d'un programme pour développer des réponses diversifiées et adaptées à l'accompagnement des personnes âgées atteintes de détérioration intellectuelle s'inscrivant soit dans le cadre d'établissements existants, soit dans celui d'établissements à construire. France Alzheimer sera associée à cette démarche.

II. LA MISE EN ŒUVRE PROGRESSIVE DE RÉFORMES IMPORTANTES

A. LA LOI HPST, BOULEVERSEMENT DE L'ORGANISATION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

La loi HPST du 21 juillet 2009 constitue, pour le secteur médico-social, un bouleversement considérable, dont les effets sont encore loin de se faire pleinement sentir. La nouvelle loi a en effet transféré de nombreuses compétences aux nouvelles agences régionales de santé, refondé le processus d'autorisation des nouveaux établissements et généralisé la pratique des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

La plupart des mesures réglementaires prévues par la loi ont été prises ou sont en passe de l'être :

- le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 a défini le contenu du schéma régional médico-social ;

- le décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 et l'arrêté du 30 août 2010 ont précisé le nouveau régime d'autorisation des établissements et notamment la procédure de l'appel à projets sociaux et médico-sociaux ;

- un décret en cours de contreseing définira les modalités de concertation par les présidents de conseils généraux des partenaires et usagers pour l'élaboration des schémas départementaux ;

- enfin, un décret, également en cours de contreseing doit définir le calendrier d'évaluation de l'activité des établissements.

1. L'installation des agences régionales de santé

La création des ARS constitue l'un des piliers de la loi HPST. Dotées de pouvoirs étendus, ces agences reposent sur une vision décroisée de la santé. Elles sont en effet chargées de l'organisation et du financement des soins, de la politique de santé publique, mais aussi de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le décroisement des secteurs sanitaire et médico-social doit permettre de prendre en compte les besoins du patient à la fois sur le plan des soins, de la réadaptation, de l'accompagnement social, de la réinsertion et de la prévention.

Toutefois, la création de ces structures a suscité de la part des acteurs de terrain la crainte d'une marginalisation du secteur médico-social en l'absence de dispositions imposant l'existence d'un pôle médico-social fort au sein de chaque ARS.

D'après les informations transmises à votre rapporteur, les ministres de la santé et du travail ont spécifiquement demandé aux directeurs généraux des ARS d'identifier au sein de l'organigramme des compétences clairement dédiées au secteur médico-social.

L'équipe de direction des ARS est structurée selon le schéma suivant dans la quasi-totalité des cas :

- un directeur général (prévu explicitement par la loi) ;
- un directeur général adjoint ;
- des directeurs en nombre restreint (entre deux et quatre) en charge des différentes politiques entrant dans le champ de compétence des ARS : santé publique et prévention, organisation de l'offre de soins, politiques médico-sociales, veille et sécurité sanitaire...

La politique médico-sociale est portée dans toutes les agences au niveau d'une des directions thématiques sous des intitulés divers : « politiques médico-sociales », « autonomie », « handicap et grand âge »... Dans la très grande majorité des cas, les politiques médico-sociales sont incluses dans la même direction que celle qui pilote l'offre et l'organisation des soins, ce qui est en cohérence avec l'objectif de décloisonnement assigné aux agences.

Les craintes relatives à la place du secteur médico-social dans la gouvernance des ARS semblent aujourd'hui partiellement dissipées.

En revanche, la première campagne budgétaire conduite par les agences s'est révélée particulièrement difficile, du fait notamment d'une sous-évaluation des besoins par les anciennes Ddass dans certaines régions.

2. La nouvelle procédure d'autorisation des établissements

L'article 124 de la loi HPST a procédé à la refonte du dispositif de l'autorisation de création des établissements sociaux et médico-sociaux. Il s'agissait notamment de mettre fin à la faible efficacité et aux longueurs d'examen d'un système qui reposait sur les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms) et conduisait à l'inscription sur une liste d'une durée légale de trois ans non acquisitive de droit à autorisation.

La nouvelle procédure d'appel à projet, dans laquelle l'initiative revient principalement aux pouvoirs publics, doit permettre de sélectionner les propositions les plus conformes aux priorités définies par le projet régional de santé. La réforme offre davantage de garanties et de lisibilité aux promoteurs à travers une procédure comparative plus transparente.

Afin de prendre en compte certaines inquiétudes face à cette nouvelle procédure, la loi a prévu l'association des usagers du secteur médico-social au sein de la commission de sélection chargée d'émettre un avis sur les projets soumis à autorisation. En outre, une partie des appels à projet sera réservée à

la présentation de projets expérimentaux ou innovants, afin de préserver la capacité d'initiative du secteur.

Pour préparer la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'appel à projets, une expérimentation a été conduite dans trois régions (Pays de la Loire, Bourgogne, Centre). Selon les informations transmises à votre rapporteur, elle a conclu qu'une attention particulière devait être accordée aux priorités suivantes :

- renforcer le dialogue en amont (définition des besoins) ;
- assurer la continuité et l'articulation avec les Priac ;
- valoriser l'innovation et l'expérimentation dans la procédure et le cahier des charges ;
- maîtriser les délais globaux de la procédure entre l'identification d'un besoin et la réalisation ;
- favoriser, dans le cadre de la nouvelle procédure, l'expression de tous les critères, notamment celui de la qualité ;
- assurer un niveau d'information et d'accès à la procédure égal pour tous.

A la suite de l'expérimentation, le décret du 26 juillet 2010 est venu déterminer les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés.

Ce décret prévoit notamment :

- une large publicité de la procédure à chacune de ses étapes ;
- la mise en place d'un calendrier prévisionnel des appels à projet permettant aux promoteurs d'acquiescer une lisibilité sur les intentions des pouvoirs publics ;
- l'accès gratuit aux documents de l'appel à projets ;
- l'accompagnement des promoteurs candidats par un instructeur ;
- l'encadrement de la procédure dans des délais suffisants pour l'élaboration des réponses mais raisonnables pour ne pas allonger inconsidérément le temps d'instruction global (entre soixante et quatre-vingt-dix jours).

Votre rapporteur, qui souhaitait dans son précédent rapport que le cahier des charges ne soit pas un carcan trop rigide, semble avoir été entendu si l'on s'en tient aux dispositions du décret relatives à ce cahier des charges des appels à projet.

Le contenu du cahier des charges des appels à projet

Extrait du décret du 26 juillet 2010

« Art. R. 313-3-1. - I. - Le cahier des charges de l'appel à projet :

« 1° Identifie les besoins sociaux et médico-sociaux à satisfaire, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes, conformément aux schémas d'organisation sociale ou médico-sociale ainsi qu'au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie lorsqu'il en relève ;

« 2° Indique les exigences que doit respecter le projet pour attester des critères mentionnés à l'article L. 313-4. Il invite à cet effet les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins qu'il décrit, afin notamment d'assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes ou publics concernés ;

« 3° Autorise les candidats à présenter des variantes aux exigences et critères qu'il pose, sous réserve du respect d'exigences minimales qu'il fixe ;

« 4° Mentionne les conditions particulières qui pourraient être imposées dans l'intérêt des personnes accueillies.

« Pour les projets expérimentaux, le cahier des charges peut ne comporter qu'une description sommaire des besoins à satisfaire et ne pas faire état d'exigences techniques particulières, sous réserve du respect des exigences relatives à la sécurité des personnes et des biens ou sans lesquelles il est manifeste que la qualité des prestations ne peut pas être assurée.

« Pour les projets innovants, le cahier des charges peut ne pas comporter de description des modalités de réponse aux besoins identifiés et ne pas fixer de coûts de fonctionnement prévisionnels.

« II. – Sauf pour les projets expérimentaux ou innovants, les rubriques suivantes doivent figurer dans le cahier des charges :

« 1° La capacité en lits, places ou bénéficiaires à satisfaire ;

« 2° La zone d'implantation et les dessertes retenues ou existantes ;

« 3° L'état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire ainsi que les critères de qualité que doivent présenter les prestations ;

« 4° Les exigences architecturales et environnementales ;

« 5° Les coûts ou fourchettes de coûts de fonctionnement prévisionnels attendus ;

« 6° Les modalités de financement ;

« 7° Le montant prévisionnel des dépenses restant à la charge des personnes accueillies ;

« 8° Le cas échéant, l'habilitation demandée au titre de l'aide sociale ou de l'article L. 313-10 ».

B. LES RÉFORMES ISSUES DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. La réforme de la tarification

L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué une tarification à la ressource, proche dans son esprit de la tarification à l'activité (T2A) mise en œuvre dans le secteur sanitaire.

L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les Ehpad sont financés par trois ressources distinctes :

- un forfait global relatif aux soins ;
- un forfait global relatif à la dépendance ;
- des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement.

Les périmètres des dépenses destinées à être couvertes par ces forfaits et tarifs sont distincts. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 en a conforté l'étanchéité s'agissant des forfaits soins et dépendance, d'une part, du forfait hébergement, d'autre part.

La tarification à la ressource devait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2010, mais les dispositions réglementaires permettant de la mettre en œuvre n'ont toujours pas été prises. Après le rejet d'une première version par les fédérations d'établissements, le projet de décret est actuellement en cours d'examen par le Conseil d'Etat.

• Le forfait global relatif aux soins

Le forfait global relatif aux soins est calculé selon une équation tarifaire qui prend en compte à la fois le niveau de besoins en soin requis des résidents évalué par l'outil « Pathos », le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement évalué par la grille Aggir, la capacité permanente de l'établissement et la valeur du point fixée par arrêté ministériel.

Le forfait global relatif aux soins sera arrêté annuellement par le directeur général de l'ARS. Toutefois, pour prémunir les établissements contre une trop grande variabilité de leurs ressources, l'évolution du niveau de soins requis ne sera prise en compte que lorsque les résultats de l'analyse transversale ou « coupe Pathos »¹ montreront une différence supérieure à un nombre de points fixé par arrêté ministériel.

¹ *Le référentiel Pathos sert à établir une photographie de l'état de santé d'une population de résidents à un instant T grâce à l'établissement d'une « coupe Pathos », c'est-à-dire d'une étude sur la charge en soins des résidents d'un établissement.*

En complément de cette dotation de base, le projet de décret prévoit la possibilité de financer certaines charges additionnelles telles que :

- le forfait accueil de jour ;
- le financement des frais financiers ;
- les missions d'intérêt général.

A titre dérogatoire, pour une période de trois ans, il sera possible de déroger à la clé de répartition forfaitaire de financement des charges afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques nouvellement recrutés (70 % pour le forfait soins, 30 % pour le forfait dépendance), afin de lever les éventuels blocages à la signature de conventions tripartites. La répartition sera arrêtée conjointement par les autorités de tarification concernées.

• **Le forfait global relatif à la dépendance**

A la différence du forfait global relatif aux soins, associant à un calcul de points par établissement une valeur de point déterminée pour l'ensemble du territoire, la tarification de la dépendance reste, au moins dans un premier temps, calculée pour couvrir les charges de la dépendance de l'établissement sur un périmètre strictement identique à celui financé jusqu'alors par les conseils généraux.

L'équation tarifaire est la suivante :

Forfait global dépendance = Gir x valeur du point dépendance de l'établissement x capacité, la valeur du point dépendance de l'établissement étant calculée au regard de l'ensemble des charges nettes dépendance de l'année précédente.

Le projet de décret pose les bases d'une possible convergence départementale sur la tarification de la dépendance en autorisant le président du conseil général à déterminer une valeur cible du point dépendance pour le département, puis à faire converger vers un forfait correspondant le forfait global dépendance des établissements, à la stricte condition d'un maintien du montant global de l'enveloppe départementale.

• **La tarification de l'hébergement**

Le mode de détermination du tarif journalier afférent à l'hébergement repose sur le calcul d'un prix de revient excluant la reprise des résultats en majoration ou en minoration des tarifs.

Les tarifs arrêtés annuellement par les présidents de conseils généraux pour les établissements habilités à l'aide sociale seront opposables au seul flux des nouveaux entrants. Le projet de décret prévoit que le tarif journalier hébergement sera égal à l'ensemble des charges nettes de l'hébergement desquelles seront déduites les sommes des prix de journée acquittés par les résidents en place, ce reste à couvrir étant ensuite divisé par le nombre prévisionnel de journées.

Le tarif d'entrée des résidents continue ensuite de leur être applicable pendant toute la durée de leur séjour avec une revalorisation annuelle dans la limite d'un taux fixé par le ministre de l'économie et des finances.

La réforme des modalités de tarification des Ehpad doit entrer en application au fur et à mesure que les établissements renouvelleront leur convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans l'attente de ce renouvellement, les forfaits globaux soins et dépendance seront égaux aux dotations globales soins et dépendance de l'exercice précédent actualisés, pour la dépendance, par le président du conseil général, et pour le soin, par l'arrêté ministériel fixant les valeurs de points.

La convergence tarifaire dans le secteur médico-social

Le secteur de l'hébergement des personnes âgées est caractérisé par une grande hétérogénéité des ressources d'assurance maladie mises à sa disposition pour couvrir le coût des forfaits soins.

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et 2009 ont mis en place un dispositif de réduction de ces inégalités consistant à plafonner et réduire progressivement - sur une période de sept ans - les dépenses des établissements disposant historiquement de moyens nettement supérieurs à ceux dont bénéficient les autres établissements accueillant des publics comparables.

Pour l'année 2009, les établissements concernés par le processus de convergence tarifaire représentent 8,5 % de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad), soit 583 établissements sur un total de 6 850, répartis comme suit :

- 273 établissements dépassent les tarifs plafonds de plus de 10 % (4 % des Ehpad), dont 77 dépassant de plus de 30 %, 23 de plus de 50 % et 3 de plus de 100 % ;

- 310 établissements dépassent les tarifs plafonds de moins de 10 % (4,5 % des Ehpad).

Ces données sont susceptibles de varier à la baisse au titre de l'année 2010, dans la mesure où la revalorisation du plafond Pathos réduira l'écart des établissements qui dépassent et donc le nombre d'établissements concernés.

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

Avec la tarification à la ressource, l'intégration des dépenses de médicaments dans les tarifs soins des Ehpad - qui en avaient été exclues en 2002 pour être prises en charge dans l'enveloppe soins de ville -, constituait une recommandation importante de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance.

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur à compter du 1^{er} janvier 2011.

Toutefois, avant la mise en place généralisée de cette mesure, une expérimentation devait être conduite, donnant lieu à un bilan présenté au Parlement en octobre 2010.

Le même article 64 prévoyait en outre :

- l'instauration du principe d'un pharmacien d'officine référent pour l'établissement, afin d'améliorer le circuit du médicament et son bon usage au sein de l'Ehpad, en lien avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants ;

- la publication d'un arrêté fixant la liste des médicaments pris en charge par les organismes d'assurance maladie en sus des prestations de soins ;

- la consécration du rôle central du médecin coordonnateur, auprès des professionnels exerçant dans l'établissement, en matière de bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et de produits de santé.

L'idée force de ce nouveau mode de gestion des médicaments au sein des Ehpad est que le risque iatrogène peut être limité en coordonnant l'action des professionnels de santé autour du résident, tout en régulant la consommation de médicaments.

Pour mettre en place l'ensemble de ces dispositions, une mission a été chargée au début de l'année 2009 de préparer le démarrage de l'expérimentation en concertation avec les professionnels concernés. Des circulaires ont été adressées aux Ddass et Drass en août 2009 pour expliquer les principes et le déroulement de l'expérimentation. Une mission de pilotage et de suivi de l'expérimentation a été confiée à Pierre Naves, inspecteur générale des affaires sociales, et à Muriel Dahan, conseillère générale des établissements de santé.

L'expérimentation a débuté en décembre 2009. **Elle concerne 276 Ehpad, publics ou privés, répartis sur l'ensemble du territoire, en zones rurales et urbaines.** Une dotation, calculée sur la base des dépenses de médicaments remboursés au cours du premier semestre 2009 extrapolées à

l'ensemble d'une année, a été versée aux établissements expérimentateurs, les versements étant mensualisés. La dotation inclut également la rémunération du pharmacien référent. Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs ont été fixés pour permettre le suivi de la consommation des médicaments.

Dès avril 2010, un bilan d'étape établi par la mission d'appui et d'évaluation a recommandé le report de la date prévue par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 pour la généralisation de la réintégration, compte tenu des difficultés rencontrées.

En septembre dernier, la mission d'appui et d'évaluation Igas-CGES a présenté un rapport mettant en évidence à la fois d'importantes avancées liées à l'expérimentation en cours et de sérieux obstacles à la réintégration des médicaments dans le forfait soins des Ehpad.

Le rapport de la mission d'appui et d'évaluation Igas-CGES

- Le rapport établi en septembre 2010 par la mission d'appui et d'évaluation souligne que la réalisation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins des Ehpad est riche d'enseignements pour l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées hébergées en Ehpad.

Elle estime que les avancées obtenues à travers cette expérimentation devraient pouvoir être préservées quelle que soit la décision finale sur la réintégration et mentionne en particulier :

- la mobilisation et la structuration, autour d'équipes médico-pharmaceutiques dont la place dans les Ehpad doit être réglementairement précisée, de démarches visant l'amélioration du bon usage des médicaments pour les personnes âgées en Ehpad ;
- la place du pharmacien référent, dont l'expérimentation a montré l'utilité et l'adéquation aux besoins ;
- l'implication nouvelle de la direction de l'Ehpad sur un sujet qui jusqu'alors ne pouvait pas la mobiliser, car géré « hors les murs » ;
- l'importance d'une liste préférentielle de médicaments servant de guide pour l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'Ehpad.

- Le rapport met cependant en évidence de nombreuses difficultés et incertitudes que l'expérimentation n'a pas, pour l'instant, permis de lever.

Ainsi, le mode de calcul du complément de dotation à allouer à chaque Ehpad sans pharmacie à usage interne en fonction des besoins en médicaments de ses résidents s'avère particulièrement ardu à définir. Certains modes de calcul se révèlent en effet inapplicables ou inadaptés, en particulier le calcul en fonction des consommations antérieures, tandis que d'autres ne sont pas encore envisageables (calcul fondé sur l'outil Pathos en cours de rénovation).

- Le rapport de la mission fait surtout état de **risques importants liés à la réintégration des médicaments dans le forfait soins**. Parmi ceux-ci figurent :
 - la perte de la part actuellement payée par les organismes complémentaires ;
 - l'absence de moyens pour repérer les dotations surdimensionnées ;

- les effets de la conjonction de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins, incitatrice à la constitution de pharmacies à usage interne (PUI) et de la possibilité ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 de constituer des groupements de coopération sanitaire médico-sociaux gérant des PUI. La création de PUI devient particulièrement attractive, menaçant la viabilité d'officines rurales qui repose en grande partie sur la fourniture de médicaments aux résidents d'Ehpad ;

- des refus d'admission pouvant s'avérer dramatiques. Les Ehpad avec PUI refusent d'ores et déjà d'admettre certaines personnes âgées aux traitements médicamenteux trop coûteux, mais une alternative existe aujourd'hui avec les Ehpad sans PUI car le coût en médicaments n'intervient pas dans les critères d'admission. Après généralisation de la réintégration des médicaments, tous les Ehpad seront confrontés aux mêmes contraintes budgétaires, ne laissant plus aux personnes âgées sous traitements coûteux d'autre possibilité que de se tourner vers des structures moins adaptées et plus coûteuses ;

- des hospitalisations injustifiées de résidents orientés vers l'hôpital dès lors que leurs traitements deviennent trop coûteux, ainsi que des choix de traitements moins coûteux mais inadaptés.

Face à ces constats, la mission a envisagé une proposition alternative à la généralisation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins, reposant sur la mise en œuvre d'engagements contractuels entre Ehpad, ARS et caisses d'assurance maladie et sur un partage des gains obtenus par les économies sur les dépenses des médicaments dispensés aux résidents en Ehpad et remboursés en soins de ville.

L'article 43 *quater* du projet de loi de financement de la sécurité sociale, inséré dans le texte par l'Assemblée nationale, prolonge de deux années l'expérimentation en cours, sans remettre en cause le principe de sa généralisation à compter de 2013. Il repousse également à octobre 2012 la remise du rapport au Parlement prévue avant le 1^{er} octobre 2010.

Tout en s'étonnant que cette mesure n'ait pas été inscrite dans le projet de loi initial, compte tenu du premier bilan donné par la mission d'appui et d'évaluation, et en regrettant que le Parlement n'ait pas été destinataire du rapport prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, susceptible d'éclairer ses décisions, votre rapporteur approuve cette mesure.

L'intégration des médicaments dans le forfait soins a déjà été tentée en 1999 avant d'être abandonnée en 2002. Il convient à présent d'étudier toutes les conséquences de la réintégration, afin qu'une décision éclairée et définitive puisse être prise, permettant, si le bilan coûts-avantages de cette mesure s'avérait négatif, d'envisager d'autres moyens d'améliorer la gestion des prescriptions médicamenteuses en Ehpad.

3. La réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins à domicile assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de plus de soixante ans, malades ou dépendantes et aux personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Fin 2009, les Ssiad représentaient 2 351 services et un volume financier de 1 308 millions d'euros. Le nombre de places est de 103 821 installées et 108 613 places autorisées avec un coût moyen à la place prévu dans l'Ondam 2010 de 10 500 euros.

Comme l'indiquait votre rapporteur dans son rapport sur le projet de loi de financement pour 2010, une enquête lancée en 2007 auprès de trente-six Ssiad a montré que la tarification de ces services n'est pas ajustée aux besoins des patients, dans la mesure où elle n'incite pas à la productivité et à la prise en charge des patients qui nécessitent le plus une prise en charge coordonnée.

Sur la base de cette étude, une réforme de la tarification des Ssiad est en cours de réalisation, qui doit permettre d'assurer :

- une meilleure prise en charge des patients en fonction de la nature des interventions et du nombre de passages des intervenants ;
- une allocation plus juste des ressources entre Ssiad, en fonction notamment de la charge en soins et du coût de la structure ;
- une convergence tarifaire de sorte que l'allocation de ressources soit comparable entre structures assumant des charges équivalentes.

La réforme repose sur un modèle dit de **tarification mixte *per capita*** comportant :

- un financement par les coûts de structure ;
- un financement variable par patient, adapté à ses besoins.

Toutefois, alors qu'un décret devait être pris avant la fin de l'année 2009 pour une expérimentation en 2010, la mise en œuvre de la réforme a pris du retard. **Elle devrait l'être à compter de l'exercice 2012, l'année 2011 devant permettre de tester le modèle.**

Une enquête nationale est actuellement réalisée auprès de l'ensemble des services de soins infirmiers à domicile, ce recueil de données devant servir à expérimenter le modèle de manière à apprécier précisément son impact sur les budgets de structures, à connaître dès 2011 les effets potentiels de la réforme, à infléchir le cas échéant le modèle, enfin à bâtir les scénarios de gestion du passage à la nouvelle situation. Le décret fixant le cadre de la réforme et les nouvelles modalités d'allocations des services aux Ssiad devrait être publié avant la fin de l'année.

Enfin, il est prévu de bâtir, en associant l'ensemble des acteurs, gestionnaires et ARS au premier chef, le cahier des charges d'un référentiel détaillant les missions des services de soins infirmiers à domicile, les conditions de leur fonctionnement et l'optimisation de leur organisation, les modalités d'une prise en charge de qualité et les recommandations de bonnes pratiques, enfin les modalités d'information des médecins généralistes prescripteurs et de coordination avec les autres acteurs intervenant à domicile.

III. UNE RÉFORME GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE EN 2011

Dès la fin de l'année 2007, le Président de la République annonçait son souhait qu'un projet de loi sur la prise en charge de la perte d'autonomie et la création d'un cinquième risque soit soumis au Parlement.

Après une longue attente, l'année 2011 devrait permettre l'examen d'un projet de loi qui pourrait être présenté à l'issue d'une période de concertation d'environ six mois.

A. LE RAPPORT DE LA MISSION D'INFORMATION DU SÉNAT SUR LA CRÉATION DU CINQUIÈME RISQUE

Dès la fin de l'année 2007, le Sénat a créé une mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, composée de membres des commissions des affaires sociales et des finances, afin de prendre toute sa place dans le débat¹.

Dans son rapport d'étape publié en 2008, la mission, après avoir montré que le *statu quo* en matière de financement de la perte d'autonomie n'était pas tenable dans la durée, la mission s'est prononcée pour :

- un **effort collectif plus équitable** en direction des bénéficiaires de l'Apa à domicile, notamment en relevant les plafonds d'aide de façon ciblée pour les personnes isolées et les patients atteints de maladies neurodégénératives (notamment Alzheimer), ainsi qu'en permettant une revalorisation de ces plans d'aide ;

- une **diminution sensible des restes à charge** supportés par les personnes placées en institution.

Pour assurer le financement pérenne de ces deux mesures, la mission a proposé trois axes de réforme :

- **solliciter les patrimoines les plus élevés** en créant un mécanisme de prise de gage sur patrimoine, très différent de la récupération sur succession. Le schéma repose sur les principes suivants : les demandeurs d'Apa auraient le choix, au moment de leur entrée en dépendance, entre opter pour une allocation à taux plein ou 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 ;

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

- développer **un étage de financement assurantiel** pour les ménages disposant du patrimoine et des ressources leur permettant d'accéder à ce type de couverture. Il s'agit, autrement dit, d'organiser un financement mixte du cinquième risque ;

- accroître **l'efficacité de la dépense 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, la reconversion de lits de court séjour en lits d'Ehpad.

La mission s'est enfin penchée sur un autre élément essentiel : **la gouvernance du cinquième risque** qu'il convient de renforcer et de simplifier. Ceci suppose de clarifier les champs de compétences des différents acteurs suivant une logique de responsabilisation, de conforter les conseils généraux dans leur rôle de chef de file dans le domaine de cette politique et de réajuster les modalités de financement de l'Apa en veillant à un partage à égalité Etat (CNSA)/départements et en révisant les règles actuelles de péréquation interdépartementale.

Depuis lors, certaines réformes du secteur médico-social ont d'ores et déjà permis de prendre en compte certaines préconisations de la mission d'information, en particulier en ce qui concerne la tarification des Ehpad.

B. DE NOMBREUSES CONTRIBUTIONS À LA RÉFLEXION

Parallèlement, la prise en charge de la dépendance a continué à faire l'objet de nombreux travaux :

- à la demande du Premier ministre, Pierre Jamet, directeur général des services du département du Rhône, a conduit une **mission de diagnostic et de propositions sur la consolidation des finances des départements** fragilisés par une croissance des dépenses d'action sociale plus rapide que celle de leurs recettes ;

- deux groupes de travail ont été mis en place par le ministère du travail. Le premier porte sur les **grilles d'évaluation de la perte d'autonomie** et l'utilisation d'un référentiel commun. Le second doit examiner le **contenu des garanties des contrats** : la sélection médicale, les périodes de carence et de franchise, les règles de revalorisation des rentes, les conditions de transférabilité. Il doit élaborer un cahier des charges pour la labellisation des contrats ;

- une mission d'information présidée par Valérie Rosso-Debord a été créée à l'Assemblée nationale, qui a rendu ses conclusions en juin dernier¹. La mission a notamment plaidé pour la création d'une assurance dépendance obligatoire et l'alignement du taux de CSG des retraités imposables sur celui des actifs.

¹ « Perte d'autonomie des personnes âgées : répondre aux défis d'aujourd'hui et de demain », Rapport Assemblée nationale n° 2647.

Devant l'Assemblée des départements de France (ADF), la secrétaire d'Etat a évoqué il y a peu les principes sur lesquels pourrait reposer la future réforme.

**Extrait du discours de Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée des aînés,
lors du Congrès de l'ADF**

« (...) Notre démarche doit avant tout, et au delà de toute autre considération, répondre aux besoins et aspirations de nos concitoyens.

« Elle doit ensuite intégrer, en aval, des données objectives et indiscutables de nature démographique et économique ; elle doit aussi prendre en compte les équilibres intergénérationnels à long terme.

« Ce n'est qu'à partir de ce constat objectif et partagé, et d'un certain consensus sur les buts à atteindre que les solutions devront être discutées, concertées, et finalement arrêtées en pleine responsabilité par le Gouvernement avant d'être soumises au Parlement.

« Nous sommes donc à la veille d'ouvrir un débat essentiel de société pour poser les fondements de cette réforme et la bâtir ensemble.

« C'est donc dans une approche globale que nous allons nous engager sous l'impulsion du Président de la République, approche qui ne peut en aucun cas se limiter à l'évocation du seul financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et à son évolution dans le temps, même si cette dernière constitue une pierre angulaire de l'édifice à construire (...).

« Les financements très importants qui à l'évidence seront nécessaires ne constituent pas l'enjeu de la réforme que nous allons conduire prochainement avec les Français, ils n'en sont que les moyens indispensables.

« Les sources de financement et leur mode d'affectation selon le niveau de dépendance ou de revenus, n'en sont que les modalités.

« Il y a dans la réforme que nous devons conduire d'autres pierres angulaires, d'autres volets tout aussi importants qui ne doivent en aucun cas être abordés de manière accessoire et qui, comme l'Apa balisent le chemin critique que nous aurons à parcourir.

« Je voudrais évoquer ces autres volets qui, comme l'Apa, sont à mes yeux, les plus importants :

« - La solvabilisation des Français face au reste à charge : il s'agit, vous le savez d'un problème qui devient presque insurmontable pour de nombreux Français entrés en dépendance et leurs familles. Ils doivent faire face à un prix de journée pour l'hébergement qui est, nous le savons, très sensiblement supérieur à leurs revenus. Si la solidarité nationale n'a pas vocation évidemment à prendre en charge les frais d'hébergement par exemple, elle doit en revanche se préoccuper de cette situation et se porter garante pour chaque Français d'un système nouveau à imaginer et à créer.

« Il nous faudra inévitablement innover pour atténuer ce reste à charge en bâtissant une nouvelle approche de la politique immobilière des établissements pour personnes âgées. Il faudra également réfléchir à l'adaptation de certaines normes, dans le respect de la qualité de l'accueil.

« - Les politiques de prévention qu'il nous faudra développer à une bonne échelle de manière systématique. Ces politiques doivent s'adresser en priorité aux personnes âgées les plus fragiles pour éviter qu'elles ne tombent en dépendance. La prévention porte en elle tous les espoirs des Français pour 'bien vivre longtemps' en prévenant la dépendance ou en en reculant l'échéance.

« Les enjeux des politiques de prévention sont considérables pour les personnes elles mêmes, ils le sont aussi pour les finances publics ! Ces politiques de prévention sont aujourd'hui balbutiantes, elles devront demain couvrir un large spectre allant de consultations systématiques à certains âges de la vie à la prévention des accidents domestiques qui aujourd'hui encore, chez les personnes âgées sont à l'origine d'un véritable 'bilan de guerre', de drames humains insoutenables et de coûts considérables pour la collectivité publique.

« - Le respect du libre choix des Français, qui est, vous le savez, pour une majorité de nos concitoyens de terminer leur vie chez eux. Alors que bientôt le tiers de notre population nationale sera aînée il nous faudra adapter certaines politiques publiques dans le temps à cette réalité démographique, je citerai naturellement le logement, l'urbanisme, la mobilité, l'inclusion sociale...mais aussi le développement à grande échelle des gérontotechnologies selon un modèle économique pertinent qui est en cours d'élaboration.

« La "Mission vivre chez soi" que j'ai lancée et dont j'ai reçu les premières conclusions en juin dernier servira de base à cette approche essentielle qui sera aussi le cadre naturel d'application des politiques de prévention que j'évoquais tout à l'heure.

« C'est dans cette approche ambitieuse qu'il nous faudra aussi inscrire l'évolution, la consolidation et la professionnalisation des services à domicile. Ce secteur connaît aujourd'hui de réelles difficultés, mais il est promis à un bel avenir ; il sera créateur d'emplois durables et non délocalisables, mais il verra aussi l'émergence de nouveaux métiers. Ce secteur essentiel et son évolution constituent aussi un enjeu majeur de la réforme annoncée (...) ».

C. UNE QUESTION DE MÉTHODE À PRÉCISER

Le Président de la République et le Gouvernement ayant souhaité que la réforme de la dépendance soit engagée aussitôt après l'adoption de la réforme des retraites, une concertation devrait prochainement débiter pour une durée d'environ six mois, conformément aux propos tenus par la secrétaire d'Etat aux aînés lors de son audition par la commission des affaires sociales sur le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale¹.

Dans le cadre de la préparation du projet de loi, une question de méthode devra être tranchée.

Dans son rapport remis au Premier ministre, le groupe de travail présidé par Michel Camdessus pour la recherche d'une règle d'équilibre des finances publiques a recommandé que l'ensemble des mesures relatives aux prélèvements obligatoires soient à l'avenir réservées aux lois de finances et aux lois de financement de la sécurité sociale.

¹ Audition du 27 octobre 2010. Voir tome 1, Equilibres généraux.

Dans l'attente d'une éventuelle révision constitutionnelle, le Premier ministre a adressé à l'ensemble des membres du Gouvernement une circulaire leur demandant de mettre en œuvre dès à présent cette recommandation. Ainsi, les mesures de recettes prévues par la réforme des retraites n'ont pas été inscrites dans le projet de loi récemment examiné par le Parlement mais dans les lois financières pour 2011.

Cette méthode, qui doit permettre de renforcer la cohérence des décisions financières, présente l'inconvénient de rendre plus difficile l'appréhension par le Parlement de la portée globale des réformes qu'il examine.

En ce qui concerne la dépendance, l'examen d'un projet de loi qui ne comporterait pas les mesures de recettes éventuellement prévues, lesquelles seraient renvoyées au projet de loi de financement de la sécurité sociale, présenterait de sérieux inconvénients, sauf à examiner simultanément ou presque les deux textes. Si tel n'était pas le cas, il conviendrait d'étudier la possibilité d'accompagner le projet de loi d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificatif permettant d'examiner simultanément les mesures de principe, d'organisation et de gouvernance, d'une part, les mesures financières, d'autre part.