

N° 74

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

Enregistré à la Présidence du Sénat le 2 novembre 2011

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE,

Par Ronan KERDRAON,
Sénateur.

Tome III :
Secteur médico-social

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, *présidente* ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, *vice-présidents* ; Mmes Claire-Lise Champion, Aline Archimbaud, M. Alain Gournac, Mme Catherine Deroche, M. Marc Laménie, *secrétaires* ; Mmes Jacqueline Alquier, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, MM. Jean-Noël Cardoux, Luc Carvounas, Mme Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, M. Jean-Léonce Dupont, Mmes Odette Duriez, Anne-Marie Escoffier, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mmes Chantal Jouanno, Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, M. Louis Pinton, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, Michel Vergoz, André Villiers, Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 3790, 3865, 3869 et T.A. 752

Sénat : 73 (2011-2012)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. L'ABANDON DE LA RÉFORME DE LA DÉPENDANCE : UNE PROFONDE DÉCEPTION	9
A. UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ ET DE NOMBREUSES PROPOSITIONS ONT ÉMERGÉ DU DÉBAT NATIONAL	9
1. <i>Le diagnostic sur les perspectives démographiques et financières</i>	10
2. <i>Les axes d'une politique d'aide à l'autonomie</i>	14
B. LE GOUVERNEMENT N'A PAS DÉFINI D'ORIENTATIONS PRIORITAIRES, NI D'AXES STRATÉGIQUES	15
II. LES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX EN 2012 : UNE DOTATION CONTRAINTÉ AU REGARD DE LA POURSUITE DES OBJECTIFS GOUVERNEMENTAUX	16
A. UNE PROGRESSION DE 4,2 % DE L'ONDAM MÉDICO-SOCIAL POUR UN OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES EN HAUSSE DE 3,4 %	16
1. <i>La nécessité d'une présentation plus transparente des crédits médico-sociaux</i>	16
2. <i>Des exercices 2010 et 2011 marqués par la fin de la sous-consommation des crédits</i>	18
3. <i>Les dotations pour 2012 marquent un ralentissement par rapport aux années antérieures</i>	20
4. <i>Une contrainte accrue sur les établissements et services</i>	23
B. UN DÉCALAGE IMPORTANT ENTRE OBJECTIFS AFFICHÉS, AUTORISATIONS ACCORDÉES ET INSTALLATIONS EFFECTIVES DE PLACES NOUVELLES	24
1. <i>Le plan solidarité grand âge</i>	24
2. <i>Le plan pluriannuel pour les personnes handicapées</i>	27
C. LES ALÉAS DE LA MÉDICALISATION DES EHPAD ET DE LA TARIFICATION DES SOINS	29
1. <i>Un processus de médicalisation interrompu en 2011</i>	29
2. <i>Une tarification aux perspectives de plus en plus incertaines</i>	30
III. LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE PAR LA CNSA	33
A. DES RESSOURCES PROPRES QUI N'ONT PAS SUIVI L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES	33
1. <i>Les recettes affectées à la CNSA devront être renforcées</i>	33
2. <i>Les réserves constituées jusqu'en 2008 ont été entièrement consommées</i>	38
B. DES CONCOURS AUX DÉPARTEMENTS SANS RAPPORT AVEC L'ACCROISSEMENT DE LEURS CHARGES	39
1. <i>L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa)</i>	40
2. <i>La prestation de compensation du handicap (PCH)</i>	41
3. <i>Le financement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)</i>	42
C. LES AUTRES ACTIONS DE LA CNSA	43
1. <i>Le plan Alzheimer</i>	43
2. <i>Les groupes d'entraide mutuelle</i>	44
3. <i>Les plans d'aide à l'investissement</i>	45

Les observations et propositions de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social en 2012

• Par la voix de son rapporteur, Ronan Kerdraon, la commission des affaires sociales partage le sentiment de **profonde déception** de l'ensemble des acteurs du secteur médico-social **après l'abandon de la réforme attendue de la dépendance**, alors que le Président de la République avait réitéré, le 8 février dernier, sa détermination à la faire aboutir avant la fin de l'année.

Elle **déplore que le Gouvernement n'ait retenu aucune priorité forte, ni défini d'orientation stratégique sur la dépendance**, que ce soit en matière d'organisation et de financement, en dépit des nombreuses propositions qui ont émergé du débat national mené au cours du premier semestre.

• S'agissant des **crédits médico-sociaux** prévus par le PLFSS, **elle renouvelle son souhait que le Parlement puisse se prononcer sur l'objectif global de dépenses (OGD)** assigné aux établissements et services en matière de soins, et non seulement sur l'Ondam médico-social.

Elle déplore également qu'en 2011, le secteur médico-social ait supporté 20 % des **misés en réserve de crédits** alors qu'il représente moins de 10 % de l'Ondam. Elle demande que cette **entorse au principe de fongibilité asymétrique** ne se reproduise pas en 2012, alors que la répartition des mises en réserve n'a toujours pas été précisée.

• Avec une **augmentation de 4,2 % de l'Ondam médico-social et de 3,4 % de l'OGD**, les crédits médico-sociaux progresseront davantage que les autres composantes de l'Ondam en 2012. Pour autant, **cette dotation ne permettra pas d'assurer** à la fois, et dans des conditions satisfaisantes, l'installation de places nouvelles, qui a pris du retard, la médicalisation des Ehpad, pour laquelle tout engagement nouveau a été suspendu en 2011, et la revalorisation des dotations correspondant aux places existantes, qui ne progresseront que de 0,8 % en 2012 pour une augmentation de 2 % de la masse salariale.

La commission constate un **décalage important entre objectifs annoncés, autorisations accordées et installations effectives dans la réalisation des plans de création de places** pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

• Elle souligne que les **réserves de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** ont été **entièrement consommées entre 2009 et 2011** pour compléter l'Ondam médico-social et pour financer des plans d'aide à l'investissement. Dès lors, il n'existe plus de marge de manœuvre pour pallier d'éventuelles insuffisances de crédits.

La commission souligne aussi qu'entre 2007 et 2011, le budget de la CNSA a progressé de 30 % mais que ses versements aux départements ont à peine augmenté d'un peu plus de 3 %, alors que leurs **dépenses au titre de l'APA et de la PCH ont bondi de 40 %**. Une part croissante du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie est ainsi rognée pour compléter l'Ondam ou financer des plans gouvernementaux, notamment le plan Alzheimer, les départements devant faire face, seuls, à l'explosion des charges autres que les soins.

La commission considère qu'il **faudra procéder à un rééquilibrage entre assurance maladie et aide sociale, ainsi qu'entre solidarité nationale et ressources fiscales locales**, en s'appuyant sur des ressources plus larges que celles aujourd'hui affectées au risque de perte d'autonomie.

• Enfin, la commission a supprimé la disposition visant à mettre au point des indicateurs de qualité et d'efficience en vue d'une future modulation des forfaits de soins des Ehpad. Elle juge inopportun d'envisager de nouveaux critères de détermination du forfait soins alors que les réformes tarifaires qu'il a été demandé au Parlement de voter depuis 2008 n'ont toujours pas pu être appliquées et évaluées.

Mesdames, Messieurs,

L'analyse des crédits dévolus au secteur médico-social dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ne peut ignorer le sentiment de profonde déception provoqué par l'abandon de la réforme de la dépendance.

Annoncée dès le début de la législature, constamment placée au rang de priorité gouvernementale, confirmée pour l'automne 2011 avec une vigueur toute particulière par le Président de la République en février dernier, cette réforme ne verra donc pas le jour à brève échéance et l'ensemble des problèmes auxquels elle devait apporter une réponse demeureront en suspens.

Cette issue est d'autant plus décevante qu'un débat mobilisant tous les acteurs concernés s'est déroulé durant le premier semestre, au niveau national comme dans les régions. Des contributions de qualité ont permis de préciser le diagnostic et d'identifier de nombreuses voies de progrès, dont certaines n'ont pas d'implication financière, même si toutes les propositions ne font pas consensus.

Dans le domaine médico-social, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 n'apporte aucune amélioration au regard du budget voté de 2011.

Par rapport à la période 2005-2010, le ralentissement de l'effort budgétaire se confirme, avec une progression de 4,2 % de l'Ondam médico-social et de 3,4% de l'objectif global de dépenses qui finance les établissements sociaux et médico-sociaux.

Cette augmentation est certes encore supérieure à celle des autres composantes de l'Ondam, encore que l'avantage relatif accordé au secteur médico-social se réduise très sérieusement.

Mais elle sera insuffisante pour concrétiser les ambitions affichées ces dernières années en matière de médicalisation des établissements et de créations de places ou d'offres de services de soins.

Globalement, aucun élément nouveau n'est en vue pour répondre aux préoccupations majeures que sont l'allègement du reste à charge et le rééquilibrage des financements entre assurance maladie et aide sociale, solidarité nationale et financements locaux.

En l'absence de ressources supplémentaires au profit de la CNSA, l'accroissement des charges autres que les soins se reporte sur les départements et, compte tenu du niveau de contrainte pesant désormais sur leurs dépenses d'aide sociale, sur les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs familles.

L'organisation et le financement du secteur médico-social sous leur forme actuelle atteignent désormais leurs limites. Les réformes nécessaires à la mise en place d'une véritable politique d'aide à l'autonomie répondant aux attentes de nos concitoyens et fondée sur un financement plus équilibré ne pourra plus être repoussée.

I. L'ABANDON DE LA RÉFORME DE LA DÉPENDANCE : UNE PROFONDE DÉCEPTION

L'année 2011 devait être celle de la « grande réforme de la dépendance ». Au cours de ces dernières années, nombre de propositions ont été formulées et devaient trouver leur place dans cette future loi annoncée et attendue.

Le **8 février 2011**, devant le Conseil économique et social, le **Président de la République** déclarait : *« En vérité, nous n'avons pas le choix, nous devons choisir maintenant quelle place nous allons faire dans notre société à l'âge et au grand âge. Ce problème est devant nous, non pas loin mais tout près. Nous ne pouvons plus attendre. Plus nous attendrons, plus ce sera difficile, car l'on ne fait pas une telle révolution ni en quelques jours, ni en quelques mois, ni même en quelques années... Nous ne pouvons plus attendre, peut-être même avons-nous collectivement déjà trop attendu... Ceux qui me conseillent d'attendre, ceux qui me disent que ce n'est pas le moment d'ouvrir un tel chantier de réforme, devraient se pencher sur les difficultés inextricables et si douloureuses dans lesquelles sont plongées tant de familles qui se trouvent confrontées à la perte d'autonomie de leurs proches affaiblis par l'âge et ne pouvant plus affronter seuls la vie quotidienne... Attendre encore serait une faute morale impardonnable, ce serait refuser de regarder la réalité en face, ce serait refuser d'assumer mes responsabilités ».*

Le Chef de l'Etat avait annoncé le même jour que le Gouvernement élaborerait son projet avant l'été, en vue d'un examen par le Parlement à l'automne.

L'abandon de la réforme a été annoncé sèchement, au mois d'août, par le Premier ministre, et mis sur le compte de la contrainte budgétaire.

A cette première source de frustration et de déception s'ajoute celle de constater que le Gouvernement semble n'avoir retenu aucune orientation prioritaire, ni retenu d'axe stratégique, à l'issue du débat national qu'il avait lui-même organisé et au cours duquel tous les acteurs concernés se sont fortement mobilisés.

A. UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ ET DE NOMBREUSES PROPOSITIONS ONT ÉMERGÉ DU DÉBAT NATIONAL

Votre rapporteur souhaite ici résumer très brièvement les éléments qui se dégagent du débat national conduit de février à juin 2011, auquel tous les acteurs concernés ont activement participé, que ce soit au sein des quatre groupes de travail mis en place par le Gouvernement ou par des contributions spécifiques.

Le Conseil économique, social et environnemental a rendu un avis le 15 juin. Les groupes de travail ont remis leurs rapports le 21 juin, ainsi que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) le 23 juin. Ces différentes contributions constituent une base très solide à l'appui des décisions politiques qui devront être prises en matière d'aide à l'autonomie.

Il se permet de rappeler que le Sénat avait conduit un travail approfondi au sein de la mission d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, qui s'est constituée en décembre 2007, a rendu un premier rapport d'étape en juillet 2008, suivi d'un second rapport en janvier 2011¹

1. Le diagnostic sur les perspectives démographiques et financières

• **Le groupe de travail en charge des enjeux démographiques et financiers de la dépendance** a constaté que les perspectives d'évolution de la population des personnes âgées dépendantes résultaient de deux types de facteurs : le vieillissement de la population et l'évolution des déterminants sanitaires et sociaux qui, à chaque âge, influent sur le risque de dépendance.

Les projections démographiques 2010 de l'Insee font apparaître une nette augmentation de la population de plus de quatre-vingts ans à l'horizon 2060, liée à la fois au vieillissement de la génération du baby-boom et à l'allongement de l'espérance de vie. Le profil d'évolution de la population de plus de quatre-vingts ans sur les cinquante prochaines années reflète fortement l'effet générationnel ; en particulier, cette population connaît une croissance rapide entre 2026 et 2054, liée à l'arrivée à cet âge des générations du baby-boom, nées entre 1946 et 1974.

Cependant, on ne dispose pas de tendance claire, sur une période longue, de l'évolution de la dépendance à chaque âge, ni d'une connaissance précise des différents déterminants de la dépendance et de leur évolution.

En prenant appui sur les dernières analyses statistiques de l'Ined, qui suggèrent un **récent ralentissement de la progression de l'espérance de vie sans incapacité comparativement à l'espérance de vie**, et en tenant compte des incertitudes relatives à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, trois hypothèses globalement un peu moins optimistes que celles envisagées au début des années 2000 ont été retenues :

- une **hypothèse pessimiste de stabilité des taux de dépendance modérée à chaque âge** et de stabilité de la durée de vie passée en dépendance lourde ;

¹ *Rapport d'information n° 447 (2007-2008) d'Alain Vasselle : « Construire le cinquième risque ».*
Rapport d'information n° 263 (2010-2011) d'Alain Vasselle : « Dépendance des personnes âgées : le Sénat prépare le débat ».

- une **hypothèse optimiste de stabilité de la durée de vie passée en dépendance** : dans cette hypothèse, les gains d'espérance de vie correspondent intégralement à des gains d'espérance de vie sans incapacité ;

- une **hypothèse intermédiaire dite « neutre » où la part de l'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie à soixante-cinq ans reste stable**.

La proportion de l'espérance de vie sans dépendance dans l'espérance de vie à soixante-cinq ans reste stable dans l'hypothèse centrale, à 85 % pour les femmes et 92 % pour les hommes, progresse de l'ordre de deux points entre 2010 et 2060 pour les femmes comme pour les hommes dans l'hypothèse optimiste et recule, dans l'hypothèse pessimiste, de l'ordre de deux points pour les femmes comme pour les hommes.

Dans l'hypothèse intermédiaire, le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 (de 1 150 000 à 1 550 000 personnes) et par deux entre 2010 et 2060 (de 1 150 000 à 2 300 000 personnes).

Les écarts entre les différentes hypothèses restent modérés jusqu'en 2030, puis s'accroissent jusqu'en 2060 : ainsi, dans l'hypothèse optimiste, la population de personnes âgées dépendantes en métropole serait de 1 400 000 en 2030 et de 1 850 000 en 2060 ; dans l'hypothèse pessimiste, elle atteindrait 1 700 000 en 2030 et 2 700 000 en 2060.

**Projections du nombre de personnes dépendantes, au sens de l'Apa,
pour la France métropolitaine**

(scénario démographique central de l'Insee)

	2010	2030	2060
Hypothèse optimiste	1 150 000	1 400 000	1 850 000
Hypothèse intermédiaire	1 150 000	1 550 000	2 300 000
Hypothèse pessimiste	1 150 000	1 700 000	2 700 000

Sur la base de ces hypothèses, le groupe de travail a ensuite construit des projections financières à l'horizon 2040 pour la **dépense publique de dépendance, à législation inchangée**.

Dans le scénario intermédiaire d'évolution de la population dépendante, **les dépenses publiques augmenteraient à un rythme modéré jusqu'en 2025**, d'un montant compris entre 0,11 à 0,14 point de PIB selon les hypothèses macro-économiques retenues, puis plus rapidement entre 2025 et 2040, pour un montant compris entre 0,33 à 0,39 point de PIB.

Prévision d'évolution de la dépense publique en faveur de la dépendance

(en % de PIB, à législation constante)

Nature de la dépense publique	2010	2025	2040
Santé	0,72	0,78	0,97
Dépendance	0,38	0,45	0,62
Hébergement	0,09	0,10	0,13
Autres	0,03	0,03	0,03
Total	1,22	1,36	1,75

Note : hypothèse intermédiaire pour la démographie ; indexation sur l'évolution des salaires

Ramenées à la valeur du PIB 2010, l'**augmentation des dépenses publiques de dépendance, à législation inchangée**, se situerait **entre 2,2 et 2,6 milliards d'euros par an à l'horizon 2025**, selon le mode d'indexation retenu (prix ou salaires), et **entre 8,5 et 10,3 milliards par an à l'horizon 2040**.

Toujours à législation inchangée, les **dépenses privées**, à charge des ménages, **pourraient augmenter d'un montant de l'ordre de 1,9 à 2 milliards d'euros par an à l'horizon 2025**, et **jusqu'à 7,4 milliards par an à l'horizon 2060**.

Si l'on retient l'**horizon 2025**, la charge supplémentaire liée à la **dépendance paraît ainsi pouvoir être maintenue en dessous de 5 milliards par an**, à répartir entre financeurs publics et ménages.

- Le **groupe de travail chargé de réfléchir à une stratégie pour la couverture financière de la dépendance des personnes âgées** a chiffré à 34 milliards d'euros les surcoûts de la dépendance en 2010. Ils sont couverts à environ 70 % par la puissance publique (24 milliards).

Au niveau individuel, l'étude des restes à charge révèle les éléments suivants :

- **à domicile**, il existe des différences très marquées de taux d'effort entre les Gir 1 et 2 et les Gir 4, au détriment des premiers ; par ailleurs, les dépenses exposées au-delà des plafonds de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ne sont pas connues avec précision ;

- **en établissement**, le reste à charge moyen s'élevait en 2007 à 1 468 euros par mois, avec une dépense individuelle brute de 1 938 euros par mois, et une aide publique totale moyenne de 470 euros (soit un quart de la dépense) ; le reste à vivre des résidents apparaissait, en moyenne, globalement négatif (261 euros par mois). Toutefois, la durée où le reste à vivre est négatif est, statistiquement, limitée dans le temps ; ainsi, pour une dépendance moyenne de deux ans, les besoins moyens de financement s'établissent en moyenne à 3 132 euros par an, soit 6 264 euros pour deux années.

Trois scénarios d'évolution du système actuel de financement ont été envisagés.

Le premier scénario porte sur un **dispositif public de sécurité sociale**, qui reposerait sur une assurance universelle, obligatoire et gérée par répartition, se traduirait par une dépense publique supplémentaire d'au moins 10 milliards d'euros.

La mise en place d'une **assurance dépendance privée, universelle, obligatoire et en capitalisation** constitue un deuxième scénario. Cette assurance substituerait à terme les primes d'assurance à la dépense publique d'Apa. Le groupe de travail a écarté cette hypothèse pour privilégier la diffusion des assurances facultatives et le recours à l'épargne accumulée *via* l'assurance vie. Un éventuel encouragement financier à la diffusion des contrats d'assurance dépendance pourrait être très coûteux pour les finances publiques.

La très grande majorité du groupe de travail **a privilégié le scénario de consolidation du système actuel**, en cherchant à le rendre plus juste et plus efficace.

A domicile, plusieurs pistes ont été étudiées, en particulier une augmentation des plafonds de l'Apa et une meilleure prise en compte de l'évolution du coût des facteurs dans le niveau des plafonds. Certains membres du groupe ont plaidé pour que l'Apa soit mieux ciblée et gérée de manière plus efficace.

En établissement, différentes modalités de **réduction du reste à charge** - exclusives l'une de l'autre - ont été envisagées : modification du tarif d'hébergement, augmentation de l'allocation logement en Ehpad et en unité de soins de longue durée, institution d'une aide nouvelle à l'hébergement, réforme de la gestion du ticket modérateur de l'Apa en établissement, institution d'une aide unique couvrant l'hébergement et la dépendance, instauration d'un mécanisme de « bouclier dépendance »...

Diverses **options de financements nouveaux** ont été suggérées (alignement de la CSG acquittée par les retraités, élargissement de l'assiette de la CSA aux revenus non-salariaux, deuxième journée de solidarité, augmentation des droits de mutation à titre gratuit, réexamen d'un certain nombre d'exonérations fiscales ou sociales ...). Le groupe de travail n'a pas tranché entre ces différentes options, mais a recommandé de proscrire le recours à l'endettement, de ne pas accroître les charges pesant sur le travail, de ne pas trop solliciter les actifs et de s'inscrire dans la démarche de réduction des niches fiscales et sociales.

2. Les axes d'une politique d'aide à l'autonomie

Parmi les propositions du **groupe de travail chargé de formuler des orientations sur le thème « société et vieillissement »**, on peut retenir deux axes principaux : développer la prévention et améliorer la coordination autour des personnes et de leurs familles.

S'agissant de **la prévention**, « *axe mou des politiques publiques* » selon les auteurs du rapport, elle pourrait être renforcée, sous l'égide des ARS, en s'appuyant, soit sur les **caisses de retraite**, sans financement supplémentaire mais grâce à un redéploiement volontariste de leur action sociale et au développement des partenariats entre les différents régimes, soit sur les **départements**, sous réserve que de nouveaux moyens leur soient affectés, par transfert des fonds d'action sociale des caisses de retraite ou d'autres dotations.

L'amélioration de **la coordination autour des personnes et de leurs familles** s'impose quant à elle pour optimiser les efforts collectifs et éviter le recours aux formules de prise en charge les plus coûteuses. Il a été proposé une sorte de « *guichet unique* » pour les personnes âgées et leurs familles. La fonction de coordination pourrait être confiée aux ARS ou, plus vraisemblablement, aux départements. Cette mission exigerait des moyens évalués à 135 millions d'euros.

D'autres propositions complémentaires ont été formulées en vue de développer des habitats adaptables et adaptés au vieillissement et à la perte d'autonomie, intermédiaires entre le domicile et l'établissement, et de mieux reconnaître le rôle des aidants.

Enfin, le **groupe de travail chargé de réfléchir à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie** a souligné que le **secteur de l'aide à domicile**, en forte croissance, connaissait des difficultés de structuration, de régulation et de financement. L'offre d'**hébergement** ne valorise pas suffisamment l'hébergement intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite ainsi que les structures de répit, très importantes pour les aidants, que sont les accueils de jour et l'hébergement temporaire. Elle semble satisfaisante quantitativement mais inégalement répartie territorialement.

La nécessité d'éviter les ruptures de prise en charge et de faciliter les passages du maintien à domicile à l'institution, ainsi qu'entre les différents types d'hébergement et entre les secteurs sanitaire et médico-social a été soulignée. Ce constat rejoint celui du **Hcaam** qui a chiffré à **2 milliards d'euros** l'économie potentielle qui résulterait d'une diminution des durées d'hospitalisation pour les six affections les plus fréquentes chez les personnes âgées dépendantes, en s'alignant sur les territoires où la durée moyenne de séjour constatée est la plus faible.

Ce groupe de travail a également proposé de mieux solvabiliser la dépense d'hébergement par une **refonte tarifaire consistant à basculer certains coûts (dépenses d'animations, dépenses d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique...) de la section hébergement sur les sections dépendance et soins.**

B. LE GOUVERNEMENT N'A PAS DÉFINI D'ORIENTATIONS PRIORITAIRES, NI D'AXES STRATÉGIQUES

A l'issue de ces travaux, qui fournissent une base particulièrement solide et riche de réflexions et de propositions, il est particulièrement décevant de constater que **le Gouvernement n'a pas défini d'orientations stratégiques, ni d'axes stratégiques, que ce soit en matière d'organisation ou de financement.**

Les crédits médico-sociaux pour 2012 se situent dans la lignée de 2011, afin de garantir des dotations de reconduction minimales aux établissements et services, de reprendre le mouvement de médicalisation des Ehpad, interrompu en 2011, et de poursuivre les plans de création de places, avec des perspectives d'ouvertures effectives bien moindre que les objectifs initiaux.

La mise en place de ressources supplémentaires, notamment au profit de la CNSA, n'est pas envisagée. La question des charges croissantes supportées par les conseils généraux n'est pas traitée.

Les modifications législatives proposées se limitent à de nouvelles expérimentations dans le domaine de la tarification, alors que les réformes votées depuis trois ans attendent toujours leurs décrets d'application.

De même, face à la crise que traverse le **secteur de l'aide à domicile**, aggravée par la suppression, en 2011, des exonérations de charges sociales pour les services intervenant auprès de toute personne dite « fragile », c'est une nouvelle fois une **solution d'urgence** qui est envisagée, avec un fonds de 50 millions d'euros qui devrait être institué, par un amendement gouvernemental au projet de loi de finances. Mais ce fonds d'urgence serait financé par un prélèvement sur le programme 304 « Lutte contre la pauvreté : revenu de solidarité active et expérimentations sociales », l'atténuation des difficultés de l'aide à domicile étant envisagée au détriment d'autres publics.

Après avoir entretenu, durant toute la législature, l'attente d'une réforme de la dépendance, le Gouvernement s'en remet ainsi à des solutions de court terme, transitoires et totalement insuffisantes, privées de toute cohérence d'ensemble.

II. LES CRÉDITS MÉDICO-SOCIAUX EN 2012 : UNE DOTATION CONTRAINTE AU REGARD DE LA POURSUITE DES OBJECTIFS GOUVERNEMENTAUX

Le PLFSS pour 2012 prévoit une augmentation de 4,2 % de l'Ondam médico-social, niveau comparable à celui de 2011, mais en retrait par rapport aux années antérieures.

Le montant de l'objectif global de dépense (OGD), qui recouvre l'ensemble de la dotation destinée aux établissements et services médico-sociaux au titre des soins dispensés aux personnes âgées et aux personnes handicapées, devrait quant à lui augmenter de 3,4 %, le ralentissement opéré en 2011 se confirmant.

S'il progresse davantage que les autres composantes de l'Ondam, le montant des crédits médico-sociaux pour 2012 paraît cependant insuffisant pour mettre en œuvre les objectifs gouvernementaux de création de places nouvelles et de médicalisation des Ehpad, tout en assurant une revalorisation suffisante des dotations correspondant aux places existantes.

A. UNE PROGRESSION DE 4,2 % DE L'ONDAM MÉDICO-SOCIAL POUR UN OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES EN HAUSSE DE 3,4 %

1. La nécessité d'une présentation plus transparente des crédits médico-sociaux

Avant d'analyser l'évolution des crédits médico-sociaux prévue par le PLFSS pour 2012, votre rapporteur souhaite renouveler une observation effectuée l'an passé par la commission des affaires sociales¹, sur la nécessité de renforcer la transparence de la présentation de ces crédits à l'occasion du débat parlementaire.

Le Parlement est en effet uniquement appelé à se prononcer sur la **contribution des régimes d'assurance maladie** au financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, au titre des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le montant de cette contribution pour 2012 figure à l'article 48 du projet de loi qui fixe le montant des différentes composantes de l'Ondam, dont l'Ondam médico-social.

Or les **dépenses de soins des établissements et services du secteur médico-social couvrent un périmètre plus large**, dont l'évolution est soumise à l'**objectif global de dépenses**, fixé chaque année par arrêté interministériel.

¹ Voir le rapport Sénat n° 88 (2010-2011) - tome III - de Sylvie Desmarescaux, p. 17 et 18.

Outre la contribution de l'assurance maladie, votée par le Parlement, l'OGD intègre une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), qui est affectée à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Bien que la part de CSA représente moins de 10 % du montant de l'OGD, ce dernier n'évolue pas nécessairement dans les mêmes proportions que l'Ondam médico-social. Seule une appréhension globale permet d'évaluer les moyens destinés aux établissements et services médico-sociaux, du moins tant que les dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées qu'ils accueillent ne seront pas intégralement financées par l'assurance maladie, solution qui serait bien plus conforme aux principes fondamentaux de notre organisation sanitaire et sociale.

La justification d'un **vote du Parlement sur l'OGD**, et au-delà sur les recettes et les dépenses de la CNSA a été clairement exposée en février 2010 par un rapport conjoint de l'Igas et de l'IGF.

**Extrait du rapport conjoint de l'Igas et de l'IGF
sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses
(février 2010)**

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.

2. Des exercices 2010 et 2011 marqués par la fin de la sous-consommation des crédits

• L'exercice 2010

Selon les comptes définitifs approuvés par le conseil d'administration de la CNSA au mois d'avril dernier, les dépenses des établissements et services médico-sociaux retracées dans l'OGD se sont élevées à **près de 16,4 milliards d'euros en 2010**, dont 8,4 milliards au titre des personnes handicapées et près de 8 milliards au titre des personnes âgées.

Ce montant traduit une augmentation de 7,8 %, par rapport à l'année précédente. Il faut rappeler que ces dépenses avaient progressé à un rythme très soutenu en 2009 (10,5 %) comme en 2008 (9,9 %).

Deux facteurs principaux ont marqué la **gestion de ces crédits en 2010**.

Tout d'abord, **l'Ondam médico-social « personnes âgées » a été réduit de 100 millions d'euros par rapport au montant initialement établi, afin de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.**

Par ailleurs, les **dépenses de l'OGD personnes handicapées** ont enregistré une **surconsommation de 197 millions**, qui s'est traduite par un déficit de 187,5 millions de la sous-section 1 « établissements et services accueillant des personnes handicapées » du budget de la CNSA.

En revanche, l'OGD personnes âgées a été sous-consommé de 226 millions, et ce en dépit de la restitution de 100 millions évoquée ci-dessus. La section 2 « établissements et services accueillant des personnes âgées » a affiché un excédent de 83,7 millions d'euros.

Le déficit global de la section I du budget de la CNSA, consacrée au financement des établissements et services, a pu être couvert grâce aux réserves constituées au cours des années antérieures.

Le second fait marquant de l'exercice 2010 est que **pour la première fois depuis la création de la CNSA, les crédits consacrés au financement des dépenses des établissements et services médico-sociaux ont été quasi intégralement consommés**, le niveau de sous-consommation se limitant à 28 millions, soit à peine 0,17 % de la dotation initialement fixée.

Il s'agit là d'un changement important dans le contexte financier du secteur.

S'agissant de la surconsommation constatée dans les établissements et services pour personnes handicapées, le ministère des solidarités et de la cohésion sociale l'attribue aux établissements tarifés en prix de journée, qui représentent près de 60 % de la dépense totale en 2010, soit 5 milliards. Plus précisément, leur niveau d'activité aurait dépassé le nombre de journées prévisionnelles pris en compte dans la détermination de la dotation initiale.

• **L'exercice 2011**

Au début de l'exercice 2011, **un montant de 100 millions d'euros a été mis en réserve sur les crédits médico-sociaux.**

Ce gel a été réparti à hauteur de 71,3 millions sur les plans d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux (PAI), hors soutien aux mesures prévues dans le cadre du plan Alzheimer, et de 28,3 millions sur l'OGD personnes âgées.

Votre commission des affaires sociales avait souligné l'an dernier que le **secteur médico-social** supportait près de **20 % des mises en réserve**, qui s'élevaient au total à 501,3 millions, **alors qu'il représente moins de 10 % de l'Ondam**. Elle avait jugé anormal 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. On peut d'ailleurs y voir une **entorse au principe de fongibilité asymétrique** voulant qu'au sein des enveloppes gérées par les ARS, les crédits médico-sociaux ne puissent être ponctionnés au profit du secteur sanitaire.

Le sort qui sera réservé à ce gel est incertain. Le Gouvernement précise, dans l'annexe 7 au PLFSS, que *« des crédits d'Ondam pour un montant de 100 millions d'euros fléchés sur le secteur personnes âgées seront restitués cette année au secteur si la dynamique réelle de la dépense permet de respecter l'objectif »*. Ainsi, ces crédits mis en réserve au niveau national pourraient être délégués en fin d'exercice, en fonction des résultats de l'exécution budgétaire.

Même en cas de dégel, on peut craindre que celui-ci n'aboutisse, en pratique, à reporter ces crédits 2011 sur l'exercice 2012 où ils ne feront que compenser une nouvelle mise en réserve dont le montant n'a toujours pas été précisé.

Dans la version qui a été présentée pour la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier, l'**OGD 2011**, légèrement modifié par rapport au budget primitif de la CNSA, s'élève à **17 milliards**, en progression de 4,3 % par rapport à l'OGD 2010 réalisé. Cette dotation se répartit à parts égales entre l'OGD personnes âgées, en hausse de 7,5 %, et l'OGD personnes handicapées, en hausse de 1 % seulement, alors même qu'il avait fait l'objet d'une surconsommation importante en 2010. Il faudra attendre la fin d'exercice, et le niveau d'activité des établissements pour personnes handicapés tarifés au prix de journée, pour mesurer les dépassements éventuels.

Dans cette construction budgétaire, le résultat de la section I du budget de la CNSA est déficitaire de 145 millions en 2011. L'équilibre est réalisé en faisant appel à la totalité des réserves de cette section (90 millions), complétées par celles des sections IV et V.

3. Les dotations pour 2012 marquent un ralentissement par rapport aux années antérieures

L'article 48 du projet de loi prévoit un **Ondam médico-social de 16,5 milliards d'euros en 2012**, en progression de 4,2 % par rapport à 2011, dont 8,4 milliards d'euros au titre des personnes handicapées (+ 2,1 %) et 8,1 milliards d'euros au titre des personnes âgées (+ 6,3 %).

La **proposition relative à l'OGD**, qui figure à l'annexe 8 au PLFSS mais dont le montant définitif sera fixé par arrêté interministériel, s'élève à **17,6 milliards (+ 3,4 %) pour 2012**, dont 8,7 milliards (+ 2,2 %) au titre des personnes handicapées et 8,9 milliards au titre des personnes âgées.

Dans cette construction, les sous-sections personnes handicapées et personnes âgées dégageraient un faible excédent en 2012.

Evolution de l'objectif global de dépenses (OGD)

(en millions d'euros)

	2008	%	2009	%	2010	%	2011 (p)	%	2012 (p)	%
OGD personnes handicapées	7 654	+ 5,0	7 919	+ 3,5	8 401	+ 6,1	8 503	+ 1,0	8 689	+ 2,2
<i>Excédent ou déficit personnes handicapées</i>	- 24,0		+ 69,3		- 187,5		- 24,3		+ 9,7	
OGD personnes âgées	6 072	+ 16,8	7 252	+ 19,4	7 953	+ 9,7	8 547	+ 7,5	8 943	+ 4,6
<i>Excédent ou déficit personnes âgées</i>	+ 342,2		- 132,7		+ 83,7		- 121,2		+ 8,4	
Total OGD	13 726	+ 9,9	15 171	+ 10,5	16 354	+ 7,8	17 050	+ 4,3	17 632	+ 3,4
<i>Excédent ou déficit section I</i>	+ 318,2		- 63,4		- 103,8		- 145,5		+ 18,1	
Résultat CNSA	+ 56,2		- 474,0		- 291,6		- 187,4		+ 1,6	

Source : CNSA - budgets exécutés 2008 à 2010, budget rectifié 2011 et budget primitif 2012

La progression de l'Ondam médico-social, comme celle de l'OGD restent supérieures à celle des Ondam soins de ville et établissements de santé (2,7 % en 2012). On constate cependant un **net ralentissement sur les deux années 2011-2012**, puisque la hausse de l'OGD se situait autour de 10 % en 2008 et 2009, à près de 8 % en 2010 et qu'elle s'élevait encore à 4,3 % en 2011.

Cette évolution résulte en partie de la **volonté de résorber les excédents constatés jusqu'en 2008 sur la sous-section personnes âgées**, imputables au décalage entre l'attribution des enveloppes budgétaires et la réalisation effective des places en établissements. Le financement des établissements obéit désormais à la **distinction entre autorisation**

d'engagement et crédits de paiement. L'OGD regroupe les crédits de paiements strictement nécessaires au financement des places existantes ou devant être ouvertes dans l'année. Cette nouvelle méthode de construction a mécaniquement ralenti la progression de l'OGD en 2010 et 2011.

On peut observer que dans le projet de budget pour 2012, l'OGD personnes âgées continuera à croître sur un rythme beaucoup plus élevé que l'OGD personnes handicapées, alors que ce dernier avait été nettement sous-évalué en construction budgétaire en 2010. Dès lors, on peut se demander si les montants prévus pour l'OGD personnes handicapées ne sont pas excessivement contraints.

L'existence de **réserves issues d'excédents accumulés entre 2005 et 2008** a permis d'absorber les résultats déficitaires de la section I du budget de la CNSA, consacrée au financement des établissements et services médico-sociaux, sur les exercices 2009 à 2011. Ces réserves ayant été **consommées en quasi-totalité**, une telle marge de manœuvre disparaîtra en 2012. Le budget de la section 1 est construit en équilibre au prix d'une progression des produits (4,4 %) supérieure à celle des charges (3,4 %).

En 2011, la loi de financement de la sécurité sociale avait réduit de 54 % à 50 % la **part de la CSA affectée au financement des établissements et services médico-sociaux**, afin de dégager des ressources pour financer le plan d'aide à l'investissement (PAI) pour 2011. Le PLFSS pour 2012 relève cette fraction de 50 % à 52 % de la CSA, la part affectée au PAI 2012 étant réduite à due concurrence.

Enfin, comme en 2011, l'Ondam médico-social contribuera à la **mise en réserve des dotations**. Celle-ci est fixée, pour l'ensemble de l'Ondam, à 545 millions d'euros en 2012. Votre commission souhaite que pour 2012, la mise en réserve sur l'Ondam médico-social soit ramenée à de plus justes proportions.

Au final, la progression de l'OGD pour 2012 paraît bien maigre au regard de la dynamique des besoins de soins auxquels doivent faire face les établissements et services médico-sociaux.

**Evolution du financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux
(section I du budget de la CNSA)**

	2010		2011		2012	
	Crédits ouverts	Crédits exécutés	Crédits ouverts (budget rectifié)	2011/2010	Crédits ouverts (budget primitif)	2012/2011
Contribution des régimes d'assurance-maladie ONDAM médico-social	15 208,4	15 117,7	15 839,0	+ 4,8	16 494,8	+ 4,1
<i>dont p. handicapées</i>	7 941,4	7 947,1	8 252,0	+ 3,8	8 430,4	+ 2,2
<i>dont p. âgées</i>	7 267,0	7 170,0	7 587,0	+ 5,8	8 064,4	+ 6,3
Part de la contribution solidarité autonomie (CSA)	1 216,1	1 209,1	1 160,7	- 4,0	1 252,9	+ 7,9
<i>dont p. handicapées</i>	315,3	313,5	278,6	- 11,1	313,2	+ 12,4
<i>dont p. âgées</i>	900,8	895,6	882,1	- 1,5	939,7	+ 6,5
Autres produits		0,5			-	
Total produits	16 424,5	16 327,3	16 999,7	+ 4,1	17 747,7	+ 4,4
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	16 382,9	16 354,7	17 050,0	+ 4,3	17 632,8	+ 3,4
<i>dont p. handicapées</i>	8 203,5	8 401,2	8 503,0	+ 1,2	8 689,4	+ 2,2
<i>dont p. âgées</i>	8 179,4	7 953,5	8 547,0	+ 7,5	8 943,4	+ 4,6
Autres charges	78,8	76,0	95,2	+ 25,3	96,9	+ 1,8
Total charges	16 461,7	16 430,7	17 145,1	+ 4,3	17 729,7	+ 3,4
Excédent (+) ou déficit (-)	- 36,9	- 103,8	- 145,5		+ 18,1	
<i>dont p. handicapées</i>	+ 4,5	- 187,5	- 24,3		+ 9,7	
<i>dont p. âgées</i>	- 41,6	+ 83,7	- 121,2		+ 8,4	

Source : annexe 8 au PLFSS pour 2012

4. Une contrainte accrue sur les établissements et services

La progression des crédits médico-sociaux pour 2012 sera ventilée sur trois postes principaux :

- l'installation de places nouvelles, en application des plans gouvernementaux ;

- la poursuite de la médicalisation des Ehpad ;

- l'actualisation des dotations correspondant aux places existantes.

L'**installation de places nouvelles en établissements ou services** devrait se voir affecter **environ 150 millions de mesures nouvelles**. Cette extension des capacités d'hébergement ou de services a pris un certain retard (cf. ci-après)

La **poursuite de la médicalisation des Ehpad** bénéficiera de **140 millions de mesures nouvelles**. Elle a été stoppée en 2011, aucun engagement nouveau n'ayant été effectué à ce titre par les ARS. Il y a là aussi un retard à rattraper.

Enfin, une fois ventilées les deux enveloppes précédentes, **les moyens disponibles pour réajuster les dotations correspondant aux places ou offres de service existantes seront particulièrement contraints**. Les dépenses de soins des établissements et services correspondent pour 95 % à des charges de personnels. Les salaires évoluent d'environ 2 % par an, mais les dotations de reconduction n'ont été revalorisées que de 0,89 % en 2011 et le seront de 0,8 % seulement en 2012. Ces taux d'évolution sont insuffisants pour faire face aux charges salariales et ne permettent aucune revalorisation des budgets de fonctionnement pour tenir compte de l'inflation.

Le montant des crédits prévus pour 2012 ne permettra pas de mener de front, de manière satisfaisante, la réalisation des plans de création de places, la poursuite de la médicalisation des Ehpad et l'octroi de moyens de fonctionnement suffisants aux établissements et services. Toute avancée sur l'un de ces trois objectifs sera en fin de compte gagée au détriment des deux autres.

B. UN DÉCALAGE IMPORTANT ENTRE OBJECTIFS AFFICHÉS, AUTORISATIONS ACCORDÉES ET INSTALLATIONS EFFECTIVES DE PLACES NOUVELLES

Le **plan solidarité grand âge** et le **plan pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées**, respectivement lancées en 2006 et en 2008, constituent les deux axes majeurs de la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ils visent à la fois à satisfaire le besoin global de prise en charge des personnes privées d'autonomie, à diversifier les réponses, notamment en développant l'offre de services à domicile, et à résorber les disparités territoriales qui demeurent importantes.

Ces plans ont affiché des objectifs ambitieux mais présentent des **résultats contrastés**. Le **rééquilibrage souhaité entre établissements et services**, au profit de ces derniers, ne s'est pas opéré, même les délais entre l'autorisation budgétaire et la création effective sont beaucoup moins longs pour les offres de services que pour les places en établissements.

Le bilan à mi-parcours effectué par la CNSA s'efforce de suivre la mise en œuvre de ces plans. Il distingue les **places notifiées**, qui correspondent à un objectif de places corrélé aux crédits notifiés par la CNSA aux ARS, les **places autorisées** par le directeur général de l'ARS, le cas échéant avec le président du conseil général, et les **places installées**, effectivement ouvertes au public concerné.

De ce fait, l'exécution de ces plans n'est pas facile à suivre, car les décisions budgétaires annuelles s'échelonnent dans le temps. Depuis cette année, les crédits budgétaires correspondent au seul besoin de financement des places en service. Une enveloppe distincte est déléguée aux ARS pour autoriser les places nouvelles qui seront créées sur plusieurs exercices. L'annexe 7 au PLFSS présente désormais les échéanciers de crédits de paiement associés aux autorisations d'engagement.

1. Le plan solidarité grand âge

Lancé en 2006, le plan solidarité grand âge (PSGA) a prévu la création, sur six ans (2007-2012), de plus de 90 000 places destinées à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, réparties entre des places en **établissement** (37 500), des **services de soins infirmiers à domicile** (36 000), des places d'**hébergement temporaire** (6 100) et d'**accueil de jour** (10 900).

Le bilan effectué par la CNSA au 31 décembre 2010 fait apparaître qu'**en termes de délivrance des autorisations, les créations de places en Ehpad ont été privilégiées**, du fait du nombre de projets d'Ehpad en attente de financement. Les créations de places en Ehpad d'ores et déjà autorisées

atteignent l'objectif fixé sur la période 2007-2012, mais on constate un **écart considérable entre places autorisées et places réellement installées**. Du fait des **délais de réalisation, compris entre trois et cinq ans**, seules 11 000 places nouvelles en Ehpad avaient été effectivement installées sur la période 2007-2010, soit environ 40 % des créations de places autorisées sur la même période.

Les délais de réalisation sont plus rapides en ce qui concerne les **services de soins infirmiers à domicile** (environ 90 % des places autorisées sur la période 2007-2010 ont été installées) ; en revanche, **le nombre de places autorisées est loin d'atteindre les objectifs initiaux** (18 400 places autorisées sur 2007-2012, dont 16 000 déjà installées, pour un objectif de 36 000 sur la période). La CNSA note une difficulté à faire émerger des projets dans certaines régions (problèmes de recrutement, coût à la place jugé insuffisant sur certains territoires), dans un contexte marqué par l'attente d'un nouveau régime tarifaire de ces services. Elle considère ainsi que les objectifs initiaux seront difficiles à atteindre.

En ce qui concerne les **accueils de jour** et les **hébergements temporaires**, les autorisations délivrées sur la période 2007-2010 ne représentaient que la moitié de celles prévues par le plan sur la période 2007-2012. Les objectifs avaient déjà été resserrés pour redéployer les moyens au profit des plateformes de répit prévues par le plan Alzheimer.

	Places programmées PSGA	Notification des places de 2007 à 2012	Places prévues pour 2011-12 à notifier	Part du PSGA déjà notifiée	Places autorisées	Ecart notifié et autorisé	Part du PSGA déjà autorisée
SSIAD	36 000	23 370	12 630	65%	18 443	4 927	51%
AJ	10 900	8 565	2 335	79%	5 506	3 059	51%
HT	6 100	4 852	1 248	80%	3 049	1 803	50%
EHPAD	37 500	42 223	-4 723	113%	37 709	4 514	101%
Total	90 500	79 010	11 490	87%	64 707	14 303	71%

Places installées sur enveloppe de mesures nouvelles 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	Total
Ssiad	3 945	4 770	4 433	2 984	16 132
AJ	637	799	704	372	2 512
HT	418	345	249	135	1 147
Ehpad	4 119	3 259	1 965	1 619	10 962
Total	9 119	9 173	7 351	5 110	30 753

(Source : CNSA)

Au total, fin 2010, **79 010 places** avaient été notifiées, dont 18 762 autorisations anticipées pour les années 2011 et 2012. Ces notifications correspondent à un montant total de 776,9 millions d'euros.

Pour l'**année 2011**, la circulaire budgétaire du 29 avril dernier précisait que les crédits 2011 permettraient le financement sur six mois de l'installation de 2 085 places d'Ehpad, 1 262 places de Ssiad, 1 200 places d'accueil de jour et 800 places d'hébergement temporaire (HT). L'extension en année pleine des installations financées sur six mois en 2010 concernait 2 273 places de Ssiad, 496 places d'accueil de jour et 176 places d'accueil temporaire. Un peu plus de **8 000 places nouvelles** devraient donc avoir été créées fin 2011.

Un effort était donc prévu, en 2011, pour rééquilibrer la mise en œuvre du plan, entre places en hébergement, qui ont été privilégiées, et places en services - au sens large - alors que le maintien à domicile était une priorité affichée.

A compter du PLFSS 2012, et à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, l'**annexe 7** au projet de loi présente les **prévisions d'exécution pluriannuelles en crédits de paiement** des plans gouvernementaux correspondant aux volumes des autorisations d'engagement mises en place.

**Objectifs d'engagements prévisionnels
pour les établissements et services pour personnes âgées
Plan solidarité grand âge (PSGA) - AE 2011-2012/CP**

Autorisations d'engagements (AE)		Crédits de paiement des mesures nouvelles					
millésime	montant en M€	2012	2013	2014	2015	2016	Total
2011	9,5	4,8	4,8	0,0	0,0	0,0	9,5
2012	10,8	0,0	5,4	5,4	0,0	0,0	10,8
Total du plan	20,3	4,8	10,2	5,4	0,0	0,0	20,3

Source: CNSA

On constate, s'agissant du plan solidarité grand âge, que les autorisations d'engagement destinées à solder le plan s'élèveront à 10,8 millions d'euros, pour des installations de places prévues pour moitié en 2013 et pour moitié en 2014.

Votre rapporteur considère que l'information **du Parlement sur le suivi des plans devrait être renforcée** en complétant les informations figurant à l'annexe 7 :

- par l'échéancier des crédits de paiement correspondant aux autorisations d'engagement antérieures ;

- par un tableau précisant le nombre de places associées à ces autorisations d'engagement et crédits de paiement.

2. Le plan pluriannuel pour les personnes handicapées

Le plan pluriannuel pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées a prévu la **création de 41 450 places sur la période 2008-2014**, dont environ 20 000 places de services de soins et d'aide à domicile.

La programmation a été prévue sur cinq ans (2008-2012), avec un financement échelonné sur sept ans, jusqu'en 2014, au regard des délais de mise en œuvre.

Le plan prévoit **29 200 places à destination des adultes handicapés**, soit un peu plus de 70 % des places : 13 000 places en maison d'accueil spécialisée (Mas) et foyer d'accueil médicalisé (FAM), 12 900 places de service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) ou de service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), 2 500 places médicalisées en foyer de vie (FV) et 800 places en accueil temporaire.

Au titre des **enfants handicapés**, **12 250 places** sont prévues, dont 7 250 pour les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad), 1 550 places en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (Itep), 1 500 places pour enfants autistes en institut médico-éducatif (IME), 1 000 places en établissements pour déficients intellectuels et 250 places d'accueil temporaire.

Le montant global du financement des créations de places s'élève, selon le bilan précité effectué par la CNSA, à **1,063 milliard d'euros pour la période 2008-2013**.

Selon la CNSA, 25 939 places avaient été notifiées au 31 décembre 2010 pour la période 2008-2013, soit 73 % des places prévues pour cette même période, et 21 960 (61,8 %) avaient été autorisées, dont 4 603 en anticipation sur les années 2011-2013. Les autorisations d'engagement correspondantes s'élèvent à 716,5 millions d'euros, dont 184,2 millions d'euros d'engagements relatifs aux années 2011-2013.

Le bilan effectué sur les trois premières années d'application du plan fait apparaître un **rythme d'autorisation des places** globalement conforme aux prévisions, avec toutefois de **très fortes disparités selon les types de structures**. Les **places en établissements pour adultes** (foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisées), **ainsi que les places en faveur des enfants** (en établissements et services) **ont été privilégiées au détriment des places en services pour adultes** (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et services de soins infirmiers à domicile). La CNSA considère que ce **décalage entre le secteur de l'enfance et celui des**

adultes doit constituer un point de vigilance majeur, compte tenu du vieillissement des publics concernés.

En termes d'**installations effectives**, le bilan présenté par la CNSA ne précise pas le nombre de places installées par année, ni leur répartition entre les différents types de structures. Globalement, **13 478 places** ont été installées entre 2007 et 2010. Sur un plan strictement arithmétique, la réalisation du plan supposerait un rythme annuel de près de 6 000 places nouvelles par an. Les trois premières années de démarrage témoignent d'une progression moins rapide, ce qui impose que les tranches annuelles postérieures à 2010 portent sur un nombre plus élevé de créations.

L'annexe 7 au projet de loi précise les montants d'autorisations d'engagement prévus pour 2011 et 2012, et l'échéancier des crédits de paiement associés.

**Objectifs d'engagements prévisionnels
pour les établissements et services pour personnes handicapées**

**Programme pluriannuel de création de places pour personnes
handicapées - AE 2011-2012/CP**

Autorisations d'engagements (AE)		Crédits de paiement des mesures nouvelles					
millésime	montant en M€	2012	2013	2014	2015	2016	Total
2011	140,0	0,0	12,6	57,4	57,4	12,6	140,0
2012	223,0	0,0	17,8	62,0	93,7	49,5	223,0
Total du plan	363,0	0,0	30,4	119,4	151,1	62,1	363,0

Il faut de nouveau souligner l'intérêt qu'il y aurait à préciser l'échelonnement des crédits de paiement se rapportant aux autorisations d'engagement antérieures et leur traduction physique en nombre de places.

Dans l'annexe 7, le Gouvernement précise que les autorisations d'engagement réparties sur les années 2011 et 2012 à hauteur de 363 millions d'euros permettront de solder le plan pluriannuel de création de places pour personnes handicapées. Il indique également que les ARS devront respecter la chronologie des crédits de paiement correspondant. Celle-ci ne prévoit **aucun crédit de paiement en 2012 pour le secteur des personnes handicapées** et elle a été établie de manière à minorer l'impact budgétaire sur l'Ondam 2013. Près des deux tiers des autorisations d'engagement de 2012 se traduiront par des crédits de paiement en 2015 et 2016, au-delà de l'échéance du plan pluriannuel.

C. LES ALÉAS DE LA MÉDICALISATION DES EHPAD ET DE LA TARIFICATION DES SOINS

En 2011, la poursuite de la médicalisation des Ehpads a marqué le pas, l'Etat ayant suspendu le renouvellement des conventions tripartites afin de ne pas souscrire d'engagements nouveaux à ce titre vis-à-vis des établissements. La commission des affaires sociales a adopté un amendement afin d'éviter que ce non-renouvellement exclusivement lié à des motifs budgétaires n'entraîne de vide juridique, les établissements étant tenus d'avoir conclu une convention pour pouvoir accueillir des résidents.

La réforme de la tarification a elle aussi été suspendue, avec l'ajournement du projet de décret de mise en œuvre de la tarification à la ressource qui devait initialement entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

1. Un processus de médicalisation interrompu en 2011

Outre la programmation de créations de places nouvelles, le plan solidarité grand âge entendait impulser une seconde étape, plus ambitieuse, de **médicalisation des Ehpads**, après celle engagée dans le cadre de la première génération de conventions tripartites signées entre les établissements, l'Etat et les départements sur la base de la grille nationale d'évaluation Aggir.

Cette **médicalisation de deuxième génération** s'appuie sur le référentiel Pathos destiné à mesurer la charge en soins des résidents.

Elle s'effectue au rythme du **renouvellement des conventions tripartites** et permet aux établissements concernés de bénéficier d'un renforcement de leurs moyens, de l'ordre de 4 000 euros par an et par place pour les Ehpads en tarif global et de 2 300 euros par an et par place pour les Ehpads en tarif partiel. Cette majoration de la dotation s'appuie sur une unité de référence, le Gir moyen pondéré soins (GMPS), combinant le niveau de dépendance des résidents (Gir moyen pondéré - GMP) et leurs besoins en soins médico-techniques (Pathos moyen pondéré - PMP). Les moyens supplémentaires permettent aux établissements accueillant les personnes dont la dépendance et les soins requis sont les plus élevés de renforcer leur taux d'encadrement.

Fin 2010, sur 575 000 places en Ehpads, 367 000 avaient bénéficié de la médicalisation de deuxième génération (« pathossification ») et 208 000 demeuraient financées selon l'ancien mode de tarification.

Evolution de la médicalisation des Ehpad

	2006	2007	2008	2009	2010
Cumul des places depuis 2006	2 706	75 192	158 712	254 815	367 193
Taux de tarification au GMPS par rapport à la cible éligible à la fin de l'année n	4 %	51 %	64 %	49 %	65 %

Source : CNSA

La montée en puissance de ce processus de médicalisation, qui représente un enjeu important pour les établissements, et surtout pour les résidents, n'est pas aussi rapide qu'on pourrait le souhaiter.

Certes, en 2010, l'extension de la tarification au GMPS a été plus prononcée qu'en 2009, sans résorber pour autant le solde de places « non pathossifiées » par rapport au volume des places éligibles du fait du renouvellement des conventions.

La médicalisation des Ehpad a été très fortement ralentie en 2011. En effet, **les crédits délégués à ce titre aux ARS permettront uniquement la couverture des engagements contractualisés avant le 1^{er} janvier 2011.**

La circulaire budgétaire adressée le 29 avril aux directeurs généraux d'ARS les invite à ne souscrire **aucun engagement nouveau pour la médicalisation des Ehpad en 2011**, sauf dans le cas où des crédits seraient rendus disponibles par une annulation dans l'ouverture des établissements ou services.

La poursuite de la médicalisation dans le cadre du renouvellement des conventions tripartites est repoussée à 2012 et l'année 2011 se présente, de ce point de vue, comme une « année blanche ».

2. Une tarification aux perspectives de plus en plus incertaines

Le **principe de la tarification à la ressource**, pour la détermination du forfait global relatif aux soins des Ehpad, a été inscrit dans l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il s'agit de substituer à la procédure contradictoire de négociation budgétaire à partir des charges de l'établissement, l'attribution d'une dotation correspondant à son niveau d'activité et déterminée *a priori* sur la base d'une estimation objective des besoins des résidents.

Cette estimation objective s'appuie sur le Gir moyen pondéré soins (GMPS) qui sert également de base au **processus de convergence tarifaire** prévu par la même loi, en vue de conduire en sept ans, de 2010 et 2016, à placer tous les Ehpad dans une situation identique.

Le ministère des solidarités et de la cohésion sociale a précisé à votre rapporteur qu'en 2010, 924 établissements étaient concernés par le processus de convergence tarifaire soit 12,4 % des Ehpad. Le dépassement global s'établissait à 133 millions d'euros en 2010, soit un taux moyen de 13 %, les montants récupérés s'élevant à 12,4 millions d'euros. Il resterait donc **110 millions d'euros** à récupérer les années suivantes pour parvenir au terme de la convergence. Pour l'année 2012, il a été décidé d'exonérer de la convergence l'ensemble des établissements non soumis au GMPS, soit 20 % des établissements. De ce fait, l'effort de convergence se limitera à 13 millions d'euros au lieu de 18 millions si tous les établissements avaient été concernés.

L'entrée en vigueur de la tarification à la ressource, prévue au 1^{er} janvier 2010, n'est toujours pas intervenue, la parution du décret d'application qui avait été soumis à la concertation des responsables du secteur médico-social étant désormais suspendue.

La circulaire interministérielle du 29 avril 2011 indique que la campagne budgétaire 2011 dans le secteur des personnes âgées s'effectuera à droit constant par rapport à l'année 2010. Elle précise que *« la ministre des solidarités et de la cohésion sociale a en effet souhaité retarder la publication du décret portant réforme tarifaire des Ehpad, préparé au long de l'année 2010, afin, d'une part, de mettre à profit le débat sur la dépendance pour approfondir la réflexion sur certains points, et d'autre part, éviter l'entrée en vigueur d'une réforme que l'issue de ce débat pourrait conduire à modifier à brève échéance »*.

La même circulaire donne instruction aux directeurs d'ARS de **surseoir au développement du tarif global**, dont la généralisation avait été vivement encouragée jusqu'alors, en l'attente d'évaluations plus approfondies sur le montant des économies de soins de ville qu'il pourrait procurer.

Un rapport devait être rendu par l'Igas fin octobre et, sur la base de ses conclusions, une expérimentation pourrait être conduite sur deux ou trois ans afin de vérifier les conditions de choix de l'option tarifaire.

Il faut également rappeler que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a décidé de prolonger de deux ans, jusqu'en 2013, **l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des Ehpad** ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur. Cette réintégration devait initialement être généralisée au 1^{er} janvier 2011.

Quant à la **tarification des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)**, le projet de réforme visant à mieux répartir les dotations en fonction de la quantité de soins requise par chaque patient, en vue d'améliorer la prise en charge des patients les plus lourds et à définir une meilleure allocation des ressources, est lui aussi reporté. Sa mise en œuvre n'interviendra pas en 2012.

Votre rapporteur constate que de **nombreuses incertitudes entourent l'évolution de la tarification des Ehpad**.

L'article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 propose de lancer de nouvelles expérimentations destinées à mettre au point des indicateurs de qualité et d'efficacité des soins sur la base desquels pourrait être opérée une modulation de la tarification des Ehpad.

Sans remettre en cause l'intérêt de telles expérimentations, ni l'importance de la qualité et de l'efficacité des soins, on peut néanmoins s'étonner que soient envisagés de nouveaux critères de détermination du forfait global alors que le Gouvernement n'a toujours pas été en mesure de faire appliquer les réformes tarifaires qu'il avait demandées au Parlement d'approuver depuis trois ans.

C'est pourquoi la commission des affaires sociales demande la suppression de cet article.

III. LE FINANCEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE PAR LA CNSA

Le **budget de la CNSA** s'élèvera en 2012 à **20,5 milliards d'euros**, soit environ 40 % des dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, tous financeurs publics concernés.

Aux quatre cinquièmes, ce budget est constitué de la **contribution de l'assurance maladie aux dépenses de soins** des établissements et services médico-sociaux. Il s'agit de masses financières qui, bien qu'inscrites à son budget, n'entrent pas dans la trésorerie de la CNSA. Celle-ci exerce néanmoins un rôle essentiel et reconnu de pilotage financier et budgétaire, à travers la répartition de cette enveloppe dans le cadre de l'objectif de dépenses.

La CNSA dispose également de **ressources qui lui sont directement affectées**, tirées de la CSG et de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). On peut constater que ces ressources n'ont pas progressé aussi rapidement que l'Ondam médico-social, qu'elles ont été en partie utilisées pour le compléter et que les réserves constituées entre 2005 et 2008 ont désormais été entièrement consommées. Dès lors, **la part des versements de la CNSA aux départements ne suit pas l'évolution des dépenses de ceux-ci au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et de prestation compensation du handicap (PCH), le taux de concours de la CNSA aux départements s'écartant de plus en plus de l'objectif de 50 % pour tomber en dessous de 30 % en 2011.**

A. DES RESSOURCES PROPRES QUI N'ONT PAS SUIVI L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES

Le budget de la CNSA a fortement augmenté au cours des six dernières années, mais on constate clairement un décalage, dans l'évolution des ressources qui l'alimentent, entre l'Ondam médico-social, qui finance exclusivement des dépenses de soins, et les ressources propres de la CNSA, les seules susceptibles de financer des dépenses autres que les soins, notamment les charges liées

1. Les recettes affectées à la CNSA devront être renforcées

La CNSA est affectataire de deux catégories de recettes :

- une **fraction de 0,1 % de la CSG** perçue sur les revenus d'activité, de remplacement, sur les revenus du patrimoine, sur les produits de placement, et sur les jeux, qui constituait la ressource initiale du fonds de financement de l'Apa ;

- la **contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) de 0,3 % sur les revenus salariaux**, correspondant à la « journée de solidarité », et la **contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement**, ces contributions ayant été instaurées par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il faut ajouter à ces recettes une participation des régimes d'assurance vieillesse destinée à compléter les concours de la CNSA aux départements au titre de l'Apa, dans la mesure où jusqu'en 2011, ces régimes, sur leurs fonds d'action sociale, finançaient des aides pour leurs affiliés classés en Gir 4. L'action sociale des caisses de retraite est désormais limitée aux personnes âgées relevant des Gir 5 et 6.

**Recettes propres de la CNSA pour 2010 (réalisations)
et prévisions relatives à 2011 et 2012**

(en millions d'euros)

	2010		2011 (prévisions)		2012 (prévisions)	
CSG	1 122	2,0 %	1 153	2,8 %	1 198	3,9 %
CSG perçue sur les revenus d'activité	797	0,8 %	823	3,3 %	848	3,0 %
CSG perçue sur les revenus de remplacement	210	6,8 %	213	1,3 %	220	3,3 %
CSG perçue sur les revenus du patrimoine	46	-8,2 %	48	3,6 %	59	24,1 %
CSG perçue sur les revenus de placement	63	14,2 %	63	-0,9 %	65	3,0 %
CSG perçue sur les produits des jeux	5	-15,8 %	7	22,3 %	7	3,0 %
CSA	2 239	1,5 %	2 315	3,4 %	2 410	4,1 %
CSA perçue sur les revenus d'activité	1 918	1,6 %	1 982	3,3 %	2 044	3,1 %
CSA perçue sur les revenus du patrimoine	138	-8,2 %	144	4,2 %	171	18,7 %
CSA perçue sur les produits de placement	183	8,5 %	189	3,3 %	195	3,0 %
Participation des régimes d'assurance vieillesse	67	1,5 %	68	1,5 %	69	1,5 %
PRODUITS BRUTS CNSA (hors produits financiers)	3 427	1,7 %	3 536	3,2 %	3 677	4,0 %
Produits financiers	10	-78,2 %	10	2,1 %	10	0,0 %
PRODUITS CNSA	3 437	0,6 %	3 546	3,2 %	3 687	4,0 %

Source : CNSA

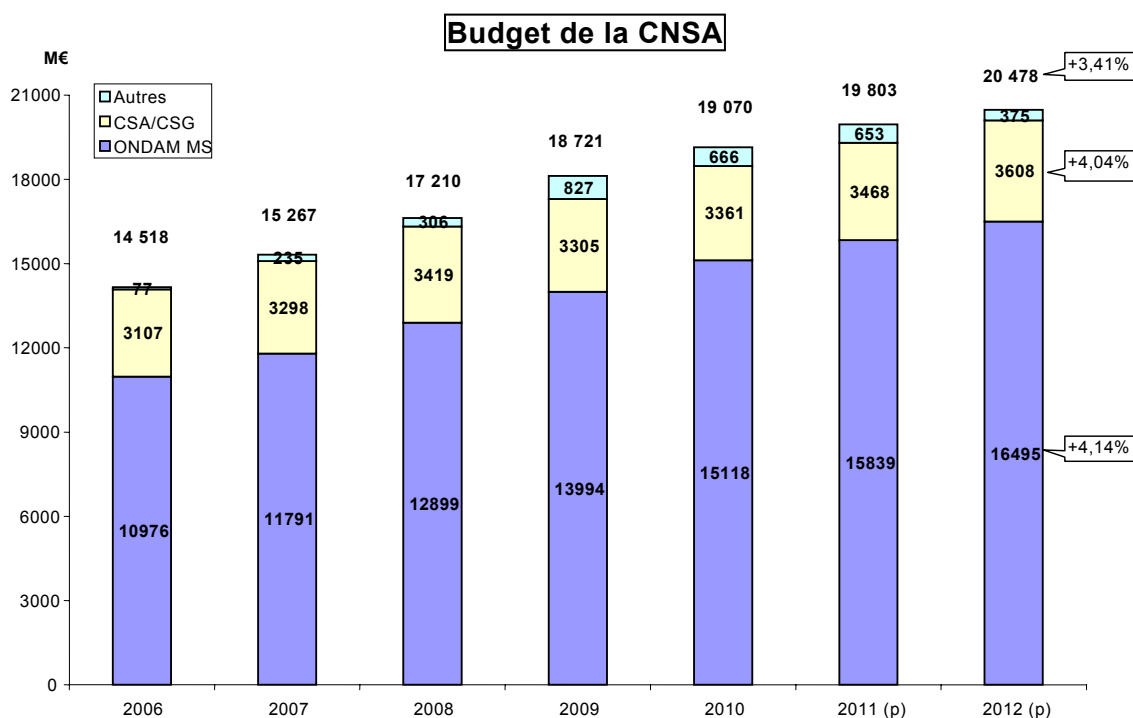
Comme le montre le tableau ci-dessus, les ressources propres de la CNSA ont stagné en 2010, avant de progresser cette année grâce à une évolution plus favorable de la masse salariale.

Pour 2012, le Gouvernement prévoit une augmentation de 4 %, supérieure à celle enregistrée ces deux dernières années. Les ressources propres atteindraient près de 3,7 milliards d'euros en 2012. Deux tiers d'entre

elles proviennent de la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA) et un tiers d'une fraction de la CSG.

Comme pour l'ensemble des comptes sociaux, ces prévisions sont fondées sur une hypothèse de progression de la masse salariale de 3,7 % en 2012 qui est d'ores et déjà remise en cause par la correction à la baisse de la prévision de croissance. A titre d'illustration, l'Unedic a révisé ses comptes prévisionnels pour 2012 en retenant une hypothèse de progression de la masse salariale de 2,8 % seulement.

En 2012, les ressources propres de la CNSA devraient représenter 17,6 % de son budget, alimenté à plus de 80 % par l'Ondam. Comme l'illustre le graphique ci-après, **la part des ressources propres s'amenuise au fil des ans**. Elle représentait 21,4 % du budget de la CNSA en 2007.



Source : CNSA

De 2007 à 2011, le budget de la CNSA a progressé de près de 30 %. L'augmentation des ressources propres se limite à 5,2 % sur la même période, soit une évolution six fois moins rapide que le volume global des ressources.

Plus de la moitié du produit de la CSA, soit un montant annuel de 1,1 à 1,2 milliard d'euros est affectée, en complément de l'Ondam médico-social, à la section I du budget de la CNSA, relative au financement des établissements sociaux et médico-sociaux, selon une clef de répartition fixée par la loi (en principe, 40 % du produit de la CSA pour les établissements et

services pour personnes âgées et de 10 % à 14 % pour les établissements et services pour personnes handicapées).

La **part restante de CSA**, soit un peu moins de la moitié de l'ensemble, **complétée par la quasi-totalité du produit de la CSG (95 %)** en 2011, soit un total d'environ 2,1 milliards d'euros par an, **finance les concours de la CNSA aux départements**, retracés dans les sections II (Apa) et III (PCH) du budget de la CNSA.

Une fraction résiduelle des ressources propres alimente les sections IV et V, consacrées à des dépenses de modernisation, de professionnalisation et de formation, des dépenses d'animation et de prévention, ainsi que les plans d'aide à l'investissement.

Aux yeux de votre rapporteur, **l'analyse des ressources propres de la CNSA soulève au moins deux interrogations :**

- est-il justifié qu'environ le tiers des ressources propres de la CNSA soit affecté aux dépenses de soins des établissements et services médico-sociaux, en complément de l'Ondam, **alors que ce type de dépenses relève naturellement des régimes d'assurance maladie ?**

- est-il normal que l'assise de ces ressources propres demeure inchangée depuis plusieurs années, alors que les dépenses liées à la perte d'autonomie sont en forte augmentation, principalement au titre de l'Apa et de la PCH ?

Il paraît nécessaire d'ouvrir une **réflexion sur une nouvelle ventilation des ressources propres de la CNSA**, pour résorber le déséquilibre qui s'est créé entre financement des soins et concours aux départements, **et d'envisager un relèvement de ces recettes**. Une des pistes pourrait être, par exemple, l'élargissement du champ de la CSA aux non-salariés et à l'ensemble des revenus soumis à la CSG, ce qui procurerait des rentrées supplémentaires de l'ordre d'un milliard d'euros par an.

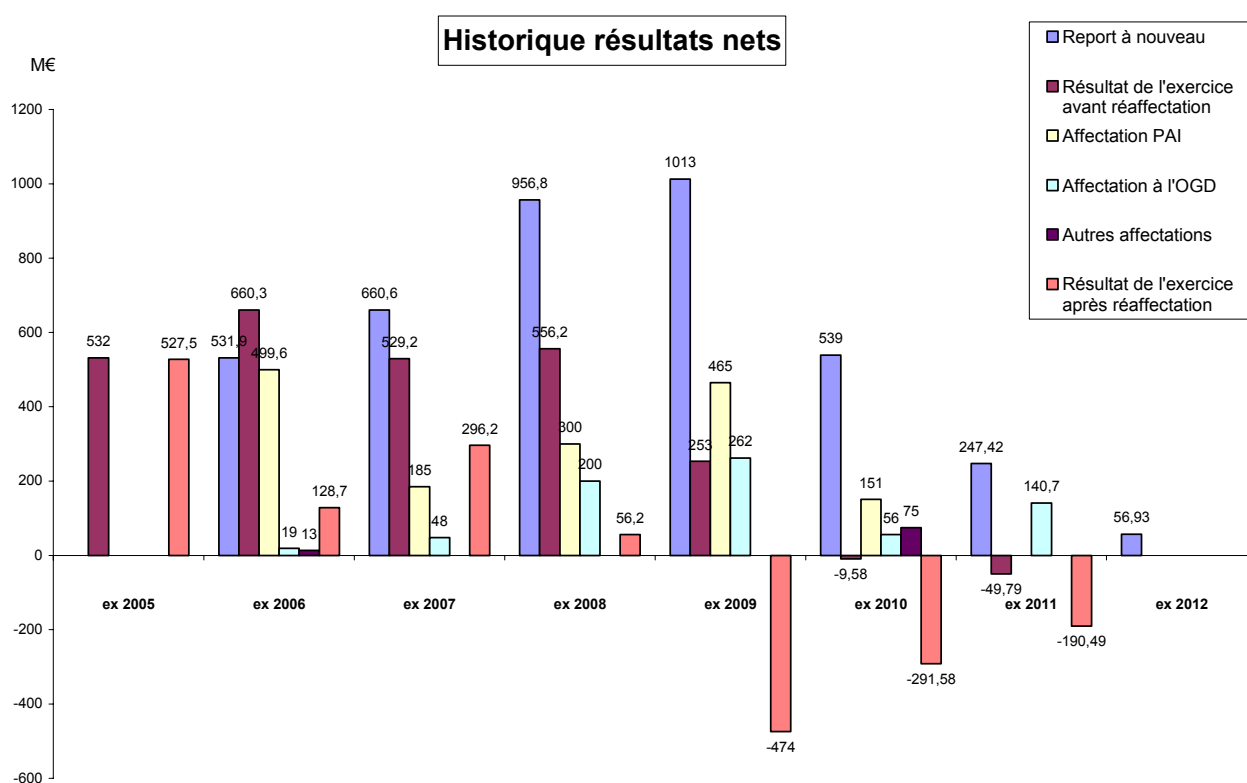
Budget primitif CNSA 2012 (en millions d'euros) – Conseil du 15 novembre 2011

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	17 747,8	Section I Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	17 747,8
Sous-Section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 743,6	Sous-Section 1 Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 743,6
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 689,4	Contribution solidarité autonomie (13 % CSA)	313,2
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	27,0	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 430,4
Agence nationale d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)	0,8		
Agence nationale pour l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)	0,5		
Opérations diverses	16,2		
Excédent	9,7	Déficit	0,0
Sous-Section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées	9 004,1	Sous-Section 2 Établissements et services accueillant des personnes âgées	9 004,1
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 943,4	Contribution solidarité autonomie (39 % CSA)	939,7
Financement de 123 MAIA (dont 88 nouvelles en 2012)	28,1	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	8 064,4
Agence nationale d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)	1,5		
Agence nationale pour l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)	0,5		
Opérations diverses	22,3		
Excédent	8,4	Déficit	0,0
Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 694,0	Section II Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 694,0
Concours versés aux départements (APA)	1 654,8	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	481,9
Congé de soutien familial	0,5	Contribution sociale généralisée (95 % CSG)	1 138,3
Opérations diverses	38,7	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	68,7
		Produits financiers	5,0
Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	631,5	Section III Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	631,5
Concours versés aux départements (PCH)	553,1	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	626,5
Concours versés aux départements (MDPH)	60,0	Produits financiers	5,0
Majoration AEEH (versement CNAF)	0,0		
Congé de soutien familial	0,5		
Opérations diverses	18,0		
Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	71,8	Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	71,8
Sous-section 1 Personnes âgées	59,9	Sous-section 1 Personnes âgées	59,9
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	58,2	Contribution sociale généralisée (5 % CSG)	59,9
Opérations diverses	1,7		0,0
Excédent	0,0	Excédent	
Sous-section 2 Personnes handicapées	11,9	Sous-section 2 Personnes handicapées	11,9
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Excédent	0,0	Déficit	0,0
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	368,2	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	368,2
Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	244,1	Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	244,1
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
Plan ALZHEIMER - expérimentation MAIA	0,0	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	210,0
PAI 2012	24,1	Affectation au PAI 2012 (1 % de CSA)	24,1
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2011 »	210,0		
Plan d'Aide à l'Investissement des établissements 2010	0,0	Déficit	0,0
Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	124,1	Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	124,1
Dépenses emploi STAPS	0,0	Affectation au PAI 2011 (2 % de CSA)	24,1
PAI 2012	24,1		
Plan de relance d'aide à l'investissement	0,0		
Section VI Frais de gestion de la caisse	16,9	Section VI Frais de gestion de la caisse	0,0
Crédits à répartir (fonctionnement)		Reprise sur provisions et divers	
Dépenses de fonctionnement / CNSA	7,6	Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	0,0
Dépenses de personnel / CNSA	8,8		
Excédent	0,4		
Total des charges du compte prévisionnel	20 479,8	Total des produits du compte prévisionnel	20 481,4
Résultat prévisionnel (excédent)	1,6	Résultat prévisionnel (déficit)	0,0
Total équilibre du compte	20 481,4	Total équilibre du compte	20 481,4
* Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	15,6		
Total atténuation de recettes	49,4		

Source : CNSA/DF

2. Les réserves constituées jusqu'en 2008 ont été entièrement consommées

Durant les exercices qui ont immédiatement suivi l'instauration de la journée de solidarité et la CSA, la sous-consommation des crédits relevant de l'OGD et destinés à financer les dépenses de soins des établissements sociaux et médico-sociaux, s'est traduite pour la CNSA par la **constitution de réserves importantes**. Celles-ci ont culminé à plus d'un milliard d'euros en fin d'exercice 2008.



Source : CNSA

Si le niveau de l'Ondam médico-social a pu être surévalué jusqu'en 2007 inclus, il a été nécessaire, à compter de 2008, de puiser dans les réserves pour le compléter. Comme le montre le graphique ci-dessus, de 2008 à 2011, plus de **650 millions d'euros tirés des réserves de la CNSA ont été mobilisés pour majorer les crédits inscrits dans les lois de financement successives**.

Les réserves ont également permis à la CNSA de **financer des plans d'aide à l'investissement conséquents (1,6 milliard entre 2006 et 2010)**.

Cette période est aujourd'hui définitivement révolue.

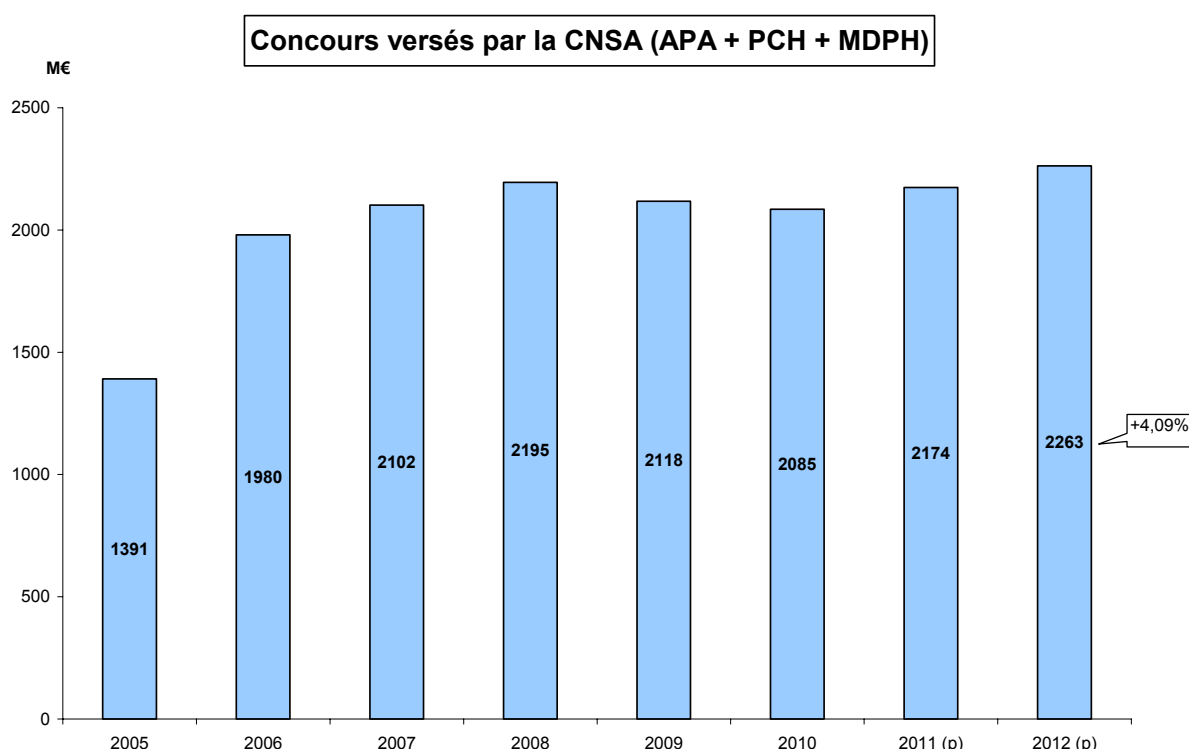
D'une part, ces réserves ont été quasi-totalement consommées, puisqu'elles sont de l'ordre d'une soixantaine de millions d'euros en cette fin d'année 2011, soit à peu près une journée de dépenses de la CNSA.

D'autre part, la nouvelle méthode de construction de l'Ondam médico-social, qui ajuste le montant des crédits de paiement au niveau strictement nécessaire pour financer le nombre de places nouvelles effectivement créées au cours de l'exercice, a supprimé la cause essentielle de production d'excédents.

La disparition des réserves financières de la CNSA rend d'autant plus urgente une action visant à majorer ses ressources et à les redéployer vers le financement de dépenses autres que les soins.

B. DES CONCOURS AUX DÉPARTEMENTS SANS RAPPORT AVEC L'ACCROISSEMENT DE LEURS CHARGES

Comme votre commission l'a souligné à maintes reprises par le passé, les concours de la CNSA aux départements n'ont pas suivi l'évolution des dépenses que ceux-ci engagent au titre de l'Apa et de la PCH.



Source : CNSA

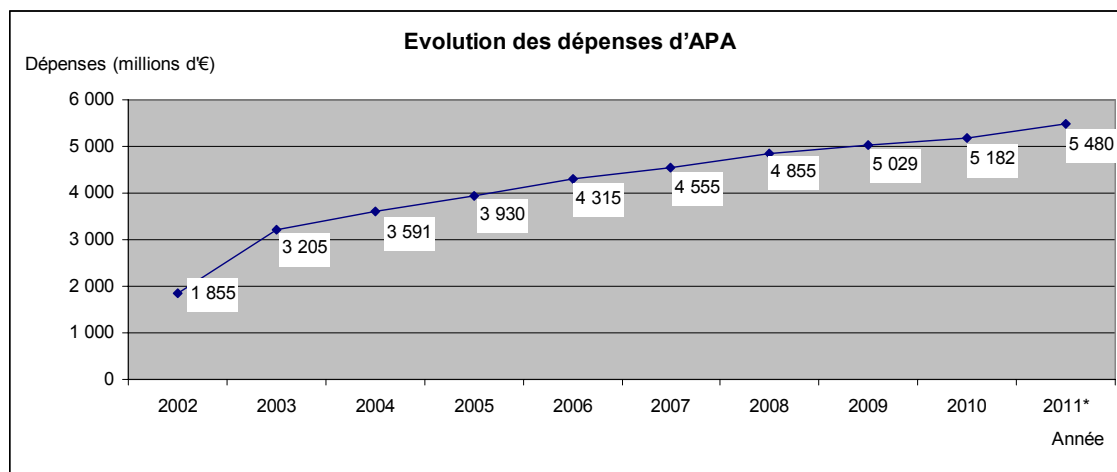
On constate par exemple qu'entre 2007 et 2011, le budget de la CNSA a augmenté de 30 %, mais les concours qu'elle a versés aux départements n'ont progressé que de 3 %. Dans la même période, les dépenses d'Apa et de PCH ont bondi de 40 %.

La charge des dépenses d'Apa et de PCH, auxquelles on pourrait ajouter le RSA, étouffe chaque année davantage les finances des conseils généraux, comprimant les moyens disponibles pour leurs différentes politiques, y compris l'aide sociale traditionnelle.

Cette situation a conduit à instaurer, dans le cadre de la quatrième loi de finances rectificative pour 2010, un **fonds de soutien aux départements en difficulté** de 150 millions d'euros, dont **75 millions financés par un prélèvement exceptionnel sur le budget de la CNSA pour 2010**. Comme l'a souligné le Sénat l'an passé, ce type de solution ne peut qu'être transitoire et n'apporte pas de réponse structurelle aux difficultés financières des départements liées à l'insuffisance des concours pour leurs dépenses d'allocations sociales.

1. L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

Les dépenses des conseils généraux pour l'allocation personnalisée d'autonomie progressent au rythme de 5 % par an depuis 2007.



Les versements de la CNSA aux départements, financés sur ses ressources propres, ont quant à eux suivi un rythme beaucoup moins rapide. Ils s'élèveraient en 2012 à 1,6 milliard d'euros (+ 3,2 %), après une hausse de 3,8 % en 2011.

Evolution des dépenses d'Apa et des concours de la CNSA

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Concours CNSA	1 513	1 590	1 548	1 536	1 595	1 646
Dépenses d'Apa	4 555	4 855	5 029	5 182	5 480	-
Taux de concours	33,2 %	32,7 %	30,8 %	29,6 %	29,1 %	

Le taux de concours de la CNSA aux départements, en ce qui concerne l'Apa, n'a cessé de se dégrader, passant en dessous de la barre des 30 % en 2010.

Chaque exercice budgétaire nous éloigne un peu plus du principe, communément admis lors de la création de l'Apa en 2001 bien que non inscrit dans la loi, d'un financement 50/50 entre l'Etat et les départements.

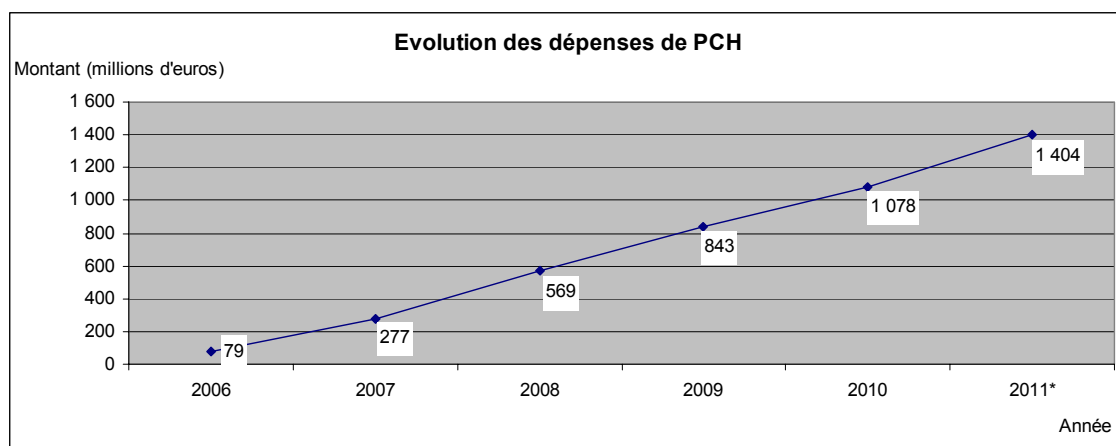
Cette situation revient à laisser les départements supporter seuls l'augmentation des dépenses liées à la perte d'autonomie que l'Apa a vocation à compenser. Ce n'est pas tolérable.

Par ailleurs, comme l'avait souligné la mission d'information du Sénat sur la dépendance, la dégradation du taux de concours de la CNSA accentue les distorsions liées au mode de calcul de ces versements, qui n'assure pas une péréquation efficace entre les collectivités départementales, dont les profils démographiques et les capacités financières peuvent fortement diverger. La mission avait notamment proposé de supprimer la référence au nombre de bénéficiaires du RMI, la mise en place d'un critère de revenu par habitant et la substitution de la notion de « potentiel financier » à celle de « potentiel fiscal », afin de prendre en compte, dans les ressources des collectivités territoriales, les dotations versées par l'Etat, ce qui donne une vision plus exacte des ressources stables des départements.

On peut regretter que ces propositions soient restées lettre morte.

2. La prestation de compensation du handicap (PCH)

L'évolution des dépenses de liées à la prestation de compensation du handicap (PCH) progressent beaucoup plus vite encore que celle de l'Apa. **Le rythme d'augmentation de la PCH a atteint 35 % par an sur la période 2009-2011.**



Le montant du concours aux départements est calculé sur la base d'une fraction comprise entre 26 % et 30 % des recettes de CSA. Cette fraction était de 26 % en 2010 et en 2011. Elle sera maintenue à ce taux en 2012.

Les versements de la CNSA aux départements au titre de la PCH s'élèveront à 550 millions d'euros (+ 5,6 %) en 2012. Cette progression est supérieure à celle enregistrée en 2011 (4,4 %), mais elle reste sans commune mesure avec le rythme de progression des dépenses de PCH.

Le taux de concours de la CNSA a chuté de 60 % en 2009 à 37 % en 2011.

Evolution des dépenses de PCH et des concours de la CNSA

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Concours CNSA	530,5	550,8	509,7	501,9	461,8	550,0
Dépenses de PCH	276,9	568,8	843,3	1 087,9	1 404,0	-
Taux de concours	191,6 %	96,8 %	60,4 %	46,1 %	37,3 %	

3. Le financement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

La part des concours versés aux départements affectée au financement de l'installation et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées est définie par le conseil de la CNSA. Les versements s'effectuent dans le cadre de conventions conclues avec les départements, la CNSA prenant en compte des objectifs de qualité de service vis-à-vis des publics concernés.

Pour 2010 et 2011, le concours représentait 60 millions d'euros. En outre, une régularisation de 5 millions du concours versé aux départements a été effectuée en 2010 au titre de l'année 2009. Le montant de ces concours devrait rester inchangé en 2012.

C. LES AUTRES ACTIONS DE LA CNSA

Outre les versements aux départements et l'aide à l'investissement, la CNSA finance sur ses ressources propres d'autres dépenses.

Elle participe au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia), 28,1 millions d'euros étant prévus en 2012 (12 millions en 2011) pour 123 maisons, dont 88 créations.

Elle participe également au financement des groupes d'entraide mutuelle, structures mises en place au profit des personnes en situation de handicap psychique (27 millions en 2012).

Elle finance des dépenses de promotion des actions innovantes et de professionnalisation des métiers et services (70 millions en 2012) et un plan d'aide à l'investissement (48 millions en 2012).

1. Le plan Alzheimer

Selon les études épidémiologiques, plus de 800 000 personnes seraient touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée en France. Parmi ces malades, 450 000 sont suivis médicalement dont 300 000 bénéficient d'une prise en charge au titre d'affection de longue durée.

Le plan Alzheimer 2008-2012, présenté en février 2008, entend mettre en place, sur l'ensemble du territoire, des mesures susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité de vie de leur entourage.

Certaines mesures du plan s'intègrent dans le plan solidarité grand âge, financé dans le cadre de l'OGD, d'autres font l'objet de financements spécifiques.

Ainsi, le développement de **plateformes d'accompagnement et de répit** pour les malades et les aidants s'est effectué par redéploiement des crédits affectés à la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dont les tranches annuelles 2011 et 2012 ont été ramenées respectivement à 1 200 et 800 places nouvelles. Ces plateformes nécessitent en effet une mise aux normes de ces structures, pour un montant de 8 millions d'euros par an en 2011 et en 2012.

Le plan solidarité grand âge finance également, pour les patients souffrant de troubles psycho-comportementaux fréquents, 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 ; 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.

Les financements pour les Pasa s'élèvent à 38 millions d'euros par an sur les années 2010, 2011 et 2012, en vue d'y créer 8 333 places par an, conformément aux objectifs du plan de création de 25 000 places d'ici fin 2012.

Par ailleurs, 35 millions d'euros ont été notifiés aux ARS en 2010 pour le développement des UHR afin de permettre le financement de la totalité de la cible sur 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.

En revanche, les crédits destinés aux **maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia)** ne sont pas imputés à l'OGD. Ils sont distingués, depuis 2011, au sein de la section I du budget de la CNSA, pour un montant de 12,2 millions d'euros en 2011, correspondant à trente-cinq nouvelles Maia s'ajoutant aux dix-sept premières qui avaient été mises en place à titre expérimental. Un montant de 28,1 millions d'euros est prévu en 2012 pour cent nouvelles structures. Les Maia sont des guichets intégrés visant à renforcer l'articulation entre les services chargés de l'accueil, l'information et la coordination et permettant la gestion de cas complexes.

2. Les groupes d'entraide mutuelle

Depuis 2011, la CNSA finance également les **groupes d'entraide mutuelle (Gem)**, structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société pour les personnes en souffrance psychique, en lieu et place du fonds de concours de l'Etat. Ces groupes sont organisés sous forme associative et ne constituent pas des structures médico-sociales. Une circulaire du 26 juillet 2011 précise que seuls à ce jour les Gem dont les adhérents sont concernés par un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise sont éligibles à un conventionnement. La subvention d'un Gem est plafonnée à 75 000 euros par an et ne revêt pas un caractère forfaitaire. En 2011, une enveloppe spécifique de 27 millions d'euros, non imputée sur l'OGD, est destinée au financement de ce dispositif.

3. Les plans d'aide à l'investissement

Les excédents budgétaires réalisés par la CNSA de 2005 à 2008, du fait notamment d'une sous-consommation des crédits d'assurance maladie, lui ont permis de consacrer environ **1,6 milliard d'euros d'aide à l'investissement sur la période 2006-2010**. La CNSA constituait ainsi la première source d'aide publique à l'investissement dans le secteur médico-social, et donc un levier essentiel au profit de la transformation et du développement de celui-ci.

Cette situation a pris fin en 2010, année au cours de laquelle le plan d'aide à l'investissement s'est limité à 131 millions d'euros, soit un montant très inférieur aux niveaux de 2008 (297 millions) et de 2009 (326 millions).

Compte tenu du tarissement des réserves de la CNSA, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a spécifiquement affecté 4 % du produit de la CSA au financement d'un plan d'aide à l'investissement pour 2011, la part de la CSA dévolue au financement des établissements et services médico-sociaux passant dans le même temps de 54 % à 50 %. Cette ressource a dégagé un montant de 92,8 millions d'euros, finalement augmenté à hauteur de 113,1 millions en 2011, en incluant le solde de crédits non notifiés en 2010 au titre du plan Alzheimer.

Pour 2012, le PLFSS prévoit de ramener de 4 % à 2 % la part de la CSA affectée à l'aide à l'investissement, soit un **montant prévisionnel de 48,2 millions d'euros**.

La réduction drastique des capacités d'aide à l'investissement de la CNSA risque de peser sur le rythme de création ou de transformation des établissements, la CNSA ayant jusqu'alors joué un rôle d'entraînement vis-à-vis des autres financeurs.