



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-141P

Inspection générale
des finances
IGF N°2009-M-036-02

Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense OGD

**RAPPORT DEFINITIF
TOME I**

Établi par

Dorothee IMBAUD

Olivier LE GALL

Christophe LANNELONGUE

Membres de l'Inspection générale des
affaires sociales

Membre de l'Inspection générale des
finances

- Février 2010 -

Synthèse¹

- [1] Par lettre en date du 23 avril 2009, une mission a été conjointement confiée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales et à l'Inspection Générale des Finances afin d'analyser les causes de la sous-consommation des crédits médico-sociaux de l'Objectif Global de Dépenses délégués à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

1. LA GESTION DES CREDITS MEDICO-SOCIAUX PAR LA CNSA

- [2] La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie est un établissement public qui assure la gestion de l'OGD qui représente la somme de l'ONDAM médico-social voté par le Parlement dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale et d'une partie de la Contribution de Solidarité pour l'Autonomie. Elle répartit ces crédits, augmentés d'une estimation des recettes propres des établissements pour constituer l'indicateur des Dépenses Encadrées, entre les départements afin de financer les dépenses en soins des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées existants ou nouvellement créés. Inspirée avant tout du principe d'équité entre les différentes composantes du territoire, son action s'inscrit dans le cadre des plans gouvernementaux : Plan Solidarité Grand Age, Plan Handicap, Plan Alzheimer. En vertu du principe fondateur de « sanctuarisation » des crédits médico-sociaux, elle se voit attribuer chaque année la part de l'OGD non consommé venant accroître ses réserves. Ces crédits ont été principalement réaffectés par la CNSA au financement de programmes d'aide financière à l'investissement dans le but de moderniser l'offre de services des établissements.
- [3] Parce qu'elle n'a pas été érigée en Caisse autonome dite du « 5^{ème} risque » et que la définition de ses attributions par rapport à celles de l'administration centrale n'a pas été suffisamment claire, le rôle actuel de la CNSA apparaît en retrait par rapport aux objectifs qui lui étaient fixés par la COG 2006-2009. Elle assure la répartition des moyens entre les différentes entités territoriales sans pour autant disposer de l'autorité sur les échelons déconcentrés qui sont en charge de mettre en œuvre la politique de la dépendance. Fondant ses critères de répartitions sur des bases essentiellement macro-économiques, elle gère avant tout des enveloppes de façon « descendante » sans partir des projets locaux d'établissements ou de services.
- [4] Sur la base des enveloppes limitatives qui leur sont allouées, les services déconcentrés répartissent les moyens au financement des établissements existants, ce qui inclut les mesures de reconduction d'une part et les mesures de médicalisation de l'offre, politique qui dans sa seconde phase a pris le nom de PATHOSIFICATION ; s'ajoutent les mesures nouvelles qui résultent de la validation des projets inscrits au PRIAC. Ces différents éléments permettent aux services de mener leur campagne tarifaire au terme de laquelle ils rédigent des arrêtés de tarification signés par les préfets. Les montants inscrits dans ces arrêtés sont ensuite payés par les caisses pivots, centralisés par la CNAMTS puis fournis à la CNSA. Les caisses pivots n'effectuent qu'un simple contrôle de forme.

¹ Pour les sigles figurant dans la synthèse, se reporter au lexique.

2. L'ANALYSE DE LA SOUS-CONSOMMATION

- [5] La sous-consommation de l'OGD depuis la création de la CNSA a abouti à une réserve à hauteur de 1.855M€ au sein de la section 1 du budget de la CNSA. La mission de l'IGAS-IGF a fait le choix de porter ses efforts sur les exercices 2009 et suivants plutôt que de se consacrer à une analyse historique approfondie sur les années antérieures. Non que cet exercice soit inutile mais il est apparu au cours des visites effectuées par la mission dans 8 départements que nombre de services déconcentrés ne détenaient pas d'informations exploitables sur ces années. En effet, il est apparu au cours de ces déplacements que seule la prise en compte des montants figurant dans les arrêtés de tarifications permettait d'apprécier la réalité de la consommation dont dépendaient directement les montants versés par les caisses pivots puis remontés à la CNSA. En l'absence d'informations permettant de répondre à cette question au niveau national, la mission a pris la décision de conduire une enquête avec la CNSA auprès des 100 DDASS afin de pouvoir déterminer les excédents éventuels sur les années 2009 et les engagements pris sur les années suivantes.
- [6] L'enquête a surtout montré, que le système avait largement échappé au contrôle central et que si les acteurs du dispositif se trouvaient dans l'impossibilité d'établir une prévision budgétaire fiable cela résultait plus d'une erreur de conception du dispositif que d'écarts techniques. En effet, l'enquête fondée sur les déclarations des DDASS montrait : (i) que, du fait de l'erreur d'interprétation relative aux Dépenses Encadrées, celles-ci avaient délégué 258M€ de plus que le montant des autorisations au titre de l'OGD ; (ii) que, sur 2009, la sous-consommation de l'OGD dans le secteur des PA était, malgré les prélèvements sur réserves, de 289M€ à 321M€ selon les hypothèses mais que la surconsommation dans le secteur des PH était de 10M€ en 2009 ; (iii) que l'analyse des engagements pluriannuels sur le secteur des PA montrait un reliquat limité à 88M€ de crédits libres en 2009 alors que, sur le secteur des PH, il existait une impasse de financement de 146M€ ; (iv) enfin, que les crédits de mesures nouvelles non consommées en cours d'exercice dénommés « crédits non reconductibles » s'élevaient à près de 600M€ en 2009 dont près de 15% des CNR soit 84M€ étaient, en fait, affectés au financement de mesures de fonctionnement déclarés comme pérennes par les DDASS.

3. UNE BUDGETISATION DECONNECTEE DE LA REALITE DE LA DEPENSE

- [7] La constitution de tels écarts s'expliquent par la déconnection entre la procédure budgétaire et la réalité de la dépense. En se fondant sur des critères macro-économiques globaux, la CNSA ne fait qu'entériner le fait qu'elle ne dispose pas d'un système d'information lui permettant de faire remonter, dans un délai compatible avec l'élaboration du budget, les données relatives au fonctionnement des établissements et services. Elle est contrainte de recourir à des enquêtes qui ne sont pas toujours compréhensibles pour les services et qui ne peuvent être réellement exploitées car leurs résultats sont souvent livrés sous une forme agrégée. La prise en compte insuffisante de l'établissement comme entité budgétaire de base est d'autant plus problématique qu'elle concerne les règles d'évolution des charges du secteur dont les mesures nouvelles sont affectées sur la base des autorisations. Si le décalage dans la réalisation des projets explique la sous-consommation, celle-ci peut résulter aussi d'erreurs existant dans la base des établissements : comment expliquer l'absence de mesures nouvelles négatives alors que le secteur connaît des fermetures et des restructurations d'établissements ?

- [8] Le caractère essentiellement « descendant » de la procédure budgétaire fait que les ressources sont allouées sans qu'un dialogue de gestion resserré avec les services déconcentrés ne soit mis en place. Et ce alors que les services déconcentrés disposent tous de données assez homogènes dans le cadre de leur campagne tarifaire qui pourrait servir de base à ce système d'information, qui servirait à la fois de base à une programmation budgétaire fiable et à un outil de « mécanisation » de la procédure d'élaboration des arrêtés. Dans l'attente de la mise en place d'un tel système, on peut légitimement s'interroger sur la capacité actuelle du dispositif à suivre réellement l'exécution des plans nationaux. Il en est de même des opérations de soutien à l'investissement qui sont gérées de façon centralisée. Au total, ces dysfonctionnements de la procédure budgétaire affaiblissent la capacité de pilotage des services par le niveau central. La pratique des enveloppes anticipées n'est venue corriger que partiellement cet état de fait parce que la pratique de fractionnement des moyens, de « saupoudrage », a été maintenue par les services.

4. UNE GESTION LOCALE DE PLUS EN PLUS AUTONOME

- [9] L'autonomie croissante des services déconcentrés est une des causes majeures du constat de perte de contrôle fait par la mission. Elle est d'abord le résultat des faiblesses du pilotage stratégique national censé être organisé au niveau central mais pour lequel les choix faits n'ont pas été clairs comme en témoigne l'éclatement des responsabilités entre administration centrale, CNSA et CNAM. Les synergies locales sont le résultat d'initiatives individuelles et non d'une véritable politique alors qu'elles sont utiles pour tous. L'exemple du plan Alzheimer et de ses difficultés de lancement en est une parfaite illustration. Cette autonomie est, ensuite, la conséquence des directives invitant les services à aller dans le sens d'une plus grande souplesse de gestion de l'OGD afin d'éviter la constitution de réserves excessives. Quand ce ne sont pas les directives elles-mêmes qui sont mal interprétées : ainsi en est-il de l'erreur qui a conduit les services à réaffecter en Crédits Non Reconductibles des crédits délégués en Dépenses Encadrées pour un montant supérieur à l'OGD parce que tenant compte des recettes propres des établissements. De même, la reprise des déficits et des excédents obéit à des règles locales qui sont variables d'un département à l'autre.
- [10] Ce phénomène est d'autant plus problématique que si le niveau central apparaît trop éloigné des considérations de gestion concrète auxquelles sont confrontés les services déconcentrés, ces derniers se retrouvent souvent seuls dans leur face à face avec les Conseils Généraux qui ont eux, en revanche, une conscience très aiguë de ces éléments dans la mesure où ils financent le dispositif et interviennent dans la programmation des moyens. L'échelon régional de l'Etat ne joue que rarement son rôle de régulateur sur ce plan. L'alourdissement des contraintes financières pour les Conseils Généraux risque de mettre l'administration sociale dans une situation d'autant plus difficile à gérer pour le niveau central qu'il ne sera pas forcément parvenu à reprendre le contrôle sur le dispositif aujourd'hui marqué par la dérive des Crédits Non Reconductibles.

5. LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

- [11] Le rapport présente dans sa 5^{ème} partie les recommandations de la mission qui sont largement inspirées par l'objectif d'un meilleur contrôle de la partie « soins » de la dépense médico-sociale. Il s'agit d'abord de mettre en œuvre une gestion plus transparente et plus exigeante de l'OGD. Dans ce sens, il est notamment préconisé :
- la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire de préparation et de répartition de l'OGD à partir des données collectées pour chaque établissement ou service ;
 - une modification des règles d'affectation des éventuels excédents afin qu'ils soient répartis entre la CNAMTS et la CNSA à due proportion de leurs apports respectifs, c'est-à-dire de l'Ondam médico-social pour la première et de la CSA pour la seconde ;
 - l'inscription explicite dans la préparation de l'OGD d'une enveloppe de financement de CNR et de PAI permettant la poursuite d'actions de modernisation des ESMS ;

- le développement de l'information du Parlement quant à la fixation de l'OGD et ses conditions effectives de mise en œuvre ;
- la répartition des crédits par la CNSA sur la base de l'OGD et non sur la base des dépenses encadrées ainsi que la mise en place d'une procédure de répartition des crédits entre les ARS qui devront être notifiés avant la fin du mois de janvier permettant ainsi le déroulement de la campagne budgétaire au cours du 1er trimestre ;
- la mise en place d'un meilleur enregistrement des engagements pluriannuels ;
- l'homogénéisation des outils de gestion de campagne budgétaire servant à la tarification afin d'élaborer un système d'information partagé regroupant les données par établissement ;
- la mise en place d'un dispositif de communication mensuelle des paiements effectués par les CPAM aux ARS et à la CNSA afin qu'elles puissent suivre la consommation des crédits OGD pour chaque établissement de leur ressort ;
- la mise en place de la certification des comptes de la CNSA par la Cour des comptes.

[12] La mission a aussi effectué différentes préconisations pour renforcer les capacités de pilotage des politiques médico-sociales en s'appuyant sur l'opportunité que constitue la mise en place des ARS. Il s'agit notamment d'assurer :

- une meilleure articulation des responsabilités respectives du Secrétariat général des ministères sociaux, de la DGAS et de la CNSA, dans la perspective de la prochaine COG ;
- l'organisation d'un dialogue de gestion resserré entre la CNSA et chaque ARS ;
- la mise en place d'une organisation interne dans chaque ARS garantissant un bon équilibre entre les services en charge du pilotage stratégique et ceux en charge de la gestion de proximité ;
- la mise en place dans les ARS d'outils de gestion leur permettant un réel pilotage régional ;
- la réalisation d'une évaluation des politiques de moyen terme tel que le PSGA ou le plan Alzheimer afin de mieux les articuler et de procéder aux ajustements nécessaires (nombre de créations de place, type de places ouvertes...)
- la définition au niveau des ARS d'une stratégie régionale vis-à-vis des conseils généraux sur la politique médico-sociale ;
- la mise en place d'un meilleur suivi de la qualité des prises en charge médicales des résidents afin de l'intégrer dans les procédures d'allocation des ressources et l'amélioration du SNIRAM pour mieux suivre la consommation de soins des personnes hébergées en ESMS.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	9
1. LA CNSA ET LA GESTION DES CREDITS MEDICO-SOCIAUX	10
1.1. <i>Présentation générale de la CNSA</i>	11
1.1.1. Rôle et statut de la CNSA.....	11
1.1.2. Gouvernance et organisation de la CNSA	20
1.2. <i>La budgétisation centrale : les agrégats de la dépense médico-sociale</i>	21
1.2.1. La procédure de budgétisation et d'allocation des crédits médico-sociaux.....	21
1.2.2. L'Ondam médico-social	23
1.2.3. L'Objectif Global de Dépenses	29
1.2.4. L'agrégat « dépenses encadrées » ou « dépenses autorisées »	31
1.2.5. L'arrêté interministériel de fixation de l'OGD et des agrégats qui y sont associés... 33	
1.3. <i>La répartition par la CNSA du montant total des dépenses de soins sous forme de dotations régionales et départementales limitatives</i>	33
1.3.1. Les orientations générales pour l'allocation de ressources notifiées par la circulaire DGAS/DSS du 13 février 2009	34
1.3.2. La fixation des dotations départementales limitatives.....	34
1.3.3. Les dotations de mesures nouvelles pour les créations de place : la procédure PRIAC.....	36
1.3.4. La répartition des crédits de soutien à l'investissement	38
1.4. <i>L'allocation des crédits médico-sociaux aux ESMS au travers de la campagne tarifaire</i> .. 39	
1.5. <i>Le circuit financier et comptable de l'OGD</i>	41
1.5.1. Les circuits financiers.....	41
1.5.2. Les circuits comptables	42
1.5.3. La trésorerie :.....	44
2. LA SOUS CONSOMMATION DE L'OGD ET SES CAUSES.....	46
2.1. <i>Une sous-consommation récurrente de l'OGD de 2006 à 2008</i>	46
2.1.1. Les facteurs de sous-consommation de l'OGD PA	47
2.1.2. Les facteurs de surconsommation de l'OGD PH.....	50
2.1.3. L'utilisation des excédents de la CNSA depuis 2006.....	51
2.2. <i>La gestion 2009</i>	52
2.2.1. Le secteur des personnes âgées	54
2.2.2. Le secteur des personnes handicapées.....	57
2.2.3. L'insuffisante maîtrise du suivi de la consommation de l'OGD	59
3. UNE BUDGETISATION DECONNECTEE DE LA REALITE DE LA DEPENSE.....	60
3.1. <i>La budgétisation de l'OGD fondée sur des objectifs théoriques de dépenses</i>	60
3.1.1. Une prévision « budgétaire » de l'OGD fondée sur des bases macro-économiques faute de remontées et de suivi de la réalité de la dépense.....	61
3.1.2. L'insuffisante transparence du processus de la budgétisation	65
3.2. <i>Des dotations départementales fixées sur la base de critères de répartition mécaniques</i> ... 67	
3.2.1. Les limites des méthodes utilisées pour la définition des dotations départementales 67	

3.2.2. Les difficultés liées aux critères de répartition des dotations de créations de places nouvelles et aux outils de programmation	68
3.3. <i>La mise en place des enveloppes anticipées</i>	70
3.3.1. La programmation pluriannuelle	71
3.3.2. La pratique de la CNSA	71
3.3.3. La pratique des services déconcentrés	72
4. UNE GESTION LOCALE DE PLUS EN PLUS AUTONOME	72
4.1. <i>Les faiblesses du pilotage stratégique</i>	73
4.1.1. L'éclatement des responsabilités entre les acteurs	73
4.1.2. Les limites du dialogue des services déconcentrés avec la CNSA	73
4.1.3. Des synergies locales trop informelles	74
4.1.4. L'exemple du plan Alzheimer	74
4.2. <i>L'autonomie croissante de la gestion locale de l'OGD</i>	76
4.2.1. L'interprétation des directives de la CNSA.....	76
4.2.2. La pratique des reprises de résultats	76
4.3. <i>Le poids des conseils généraux dans la procédure de programmation et la gestion des projets</i>	78
4.4. <i>La place croissante des crédits non reconductibles</i>	80
4.4.1. Un mécanisme souple de financement du fonctionnement des ESMS.....	80
4.4.2. Une règle d'affectation des CNR assouplie par l'autorité réglementaire	81
4.4.3. Une utilisation extensive des CNR dangereuse pour la maîtrise de la dépense	82
5. RECOMMANDATIONS	83
5.1. <i>Opportunités et risques liés à la mise en place des ARS</i>	83
5.2. <i>Une gestion plus transparente et plus exigeante de l'OGD</i>	84
5.3. <i>Un renforcement des capacités de pilotage des politiques médico-sociales</i>	88
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	95
LETTRE DE MISSION.....	97
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	101
SIGLES UTILISES.....	105
REPONSE DE LA DIRECTION DU BUDGET	107
REPONSE DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE (DSS)	109
OBSERVATION DE LA MISSION AUX REPONSES DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE (DSS)	115
REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (DGCS)	117
OBSERVATION DE LA MISSION AUX REPONSES DE LA DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (DGCS)	125
REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE (CNSA) ET OBSERVATION DE LA MISSION	127

Introduction

- [13] Par courrier du 23 avril 2009 (Cf. lettre de mission), le Ministre du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, le Ministre de la Santé et des Sports, le Ministre du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction publique, la Secrétaire d'Etat chargée de la Solidarité ont demandé au chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et au chef de l'Inspection Générale des Finances (IGF) de diligenter une mission concernant l'évolution de la consommation des crédits de l'Objectif Global de Dépenses (OGD) dédié au financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.
- [14] La mission avait pour objet l'analyse des causes déterminantes de la « sous-consommation » de l'OGD, c'est-à-dire de l'écart qui est apparu de façon récurrente depuis 2006 entre les crédits ouverts et délégués à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et les dépenses réalisées.
- [15] Il s'agissait d'étudier les modalités d'évaluation et de suivi par la CNSA du niveau de consommation des crédits médico-sociaux ainsi que les écarts de pratique d'affectation de ces crédits par les services déconcentrés, notamment en ce qui concerne la mobilisation des crédits dits non reconductibles.
- [16] La mission avait également pour objectif de formuler des préconisations pour prévenir le renouvellement de ce phénomène de « sous-consommation » et donc améliorer les procédures de construction et de gestion de l'OGD, notamment à travers les nouvelles procédures d'autorisation et de tarification introduites par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2009 et les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), en particulier celles concernant la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS). Il était également souhaité des recommandations concernant la destination des excédents pour l'avenir et les conditions permettant d'atteindre l'équilibre budgétaire au sein de l'OGD.
- [17] La mission a été confiée à Dorothée Imbaud et à Christophe Lannelongue, membres de l'IGAS et à Olivier Le Gall, membre de l'IGF. Elle s'est déroulée entre la fin avril et la mi-octobre 2009 (Cf. Annexe n°1 relative à la méthodologie mise en œuvre). Dans un premier temps, la mission a rencontré les principaux acteurs de la construction et de la gestion de l'OGD au niveau national (Cf. la liste des personnes rencontrées). Elle s'est déplacée dans sept régions et huit départements. La mission remercie ainsi très vivement pour leur disponibilité, la qualité de leurs analyses et la précision des informations transmises les directeurs et leurs collaborateurs des DRASS Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et des DDASS de la Charente, du Finistère, des Hautes-Alpes, du Loiret, du Pas-de-Calais, du Puy de Dôme, du Vaucluse et des Yvelines.
- [18] Puis la mission a procédé, avec l'aide des équipes de la CNSA, à une enquête auprès des 100 DDASS sur la consommation de l'OGD en 2008 et les prévisions de dépenses de l'OGD pour les exercices 2009 et 2010.
- [19] Le présent rapport présente l'évolution de la sous-consommation des crédits médico-sociaux délégués à la CNSA et analyse ses causes relatives d'une part aux décalages dans le temps de la réalisation des projets et d'autre part aux difficultés de pilotage de la dépense et de suivi des engagements financiers, dans le cadre d'une autonomisation croissante des services déconcentrés. Il est divisé en quatre chapitres :

- le premier présente le statut de la CNSA et les modalités de construction, de répartition et de gestion des crédits de l'OGD fondées sur des critères qui sont essentiellement macro-économiques ;
- le deuxième rend compte de l'état de la sous-consommation de l'OGD et examine ses causes : il analyse en détail les résultats de l'enquête menée par la mission auprès des 100 DDASS qui fait apparaître en l'état actuel des procédures et des montants alloués de nouveaux excédents. La mission a également pu constater (i) une notification de crédits au-delà de l'OGD, (ii) l'existence d'un reliquat de crédits non affectés et (iii) l'utilisation de plus en plus intensive des crédits non reconductibles pour des montants qui dépassent aujourd'hui le niveau de la sous-consommation au niveau national ;
- le troisième met en exergue les faiblesses de la procédure de budgétisation et d'allocation de l'OGD qui, déconnectée de la réalité des dépenses de fonctionnement des établissements et services, explique l'incapacité actuelle à prévoir la consommation des crédits ;
- le quatrième analyse les facteurs de dysfonctionnements de la gestion locale, l'autonomisation croissante des services déconcentrés rendant difficile le pilotage des services et le suivi de la dépense au niveau central ;
- enfin, le cinquième présente les recommandations de la mission.

1. LA CNSA ET LA GESTION DES CREDITS MEDICO-SOCIAUX

[20] Cette partie a pour objet de présenter le rôle et le statut de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie pour la gestion de l'OGD, ainsi que les indicateurs de la dépense médico-sociale et la procédure rénovée d'allocation des crédits aux établissements et services accueillant les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Leur mise en œuvre effective à partir du 1^{er} janvier 2006 répond aux objectifs de créations de places nouvelles des plans gouvernementaux (Plan Solidarité Grand Age, Plan Handicap, Plan Alzheimer) et s'appuie sur le principe fondateur de « sanctuarisation » des crédits médico-sociaux, dans le but d'assurer une affectation des ressources plus efficace et plus équitable.

[21] Cependant, ils témoignent du positionnement flou de la Caisse vis-à-vis des autorités de tutelle et des services déconcentrés et d'un processus de budgétisation et d'allocation des ressources géré de façon macro économique, essentiellement descendant et donc éloigné de la notion de projets gérés au niveau local établissement par établissement, ces deux éléments impactant le pilotage et la régulation budgétaire et financière de l'OGD.

1.1. Présentation générale de la CNSA

1.1.1. Rôle et statut de la CNSA

1.1.1.1. Le financement du fonctionnement des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées

[22] La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004², confortée et dotée de compétences élargies par la loi du 11 février 2005³, avec pour objectif de rassembler en un lieu unique les moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et les dépenses de « soins » participant au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, financés en tout ou partie par l'Assurance maladie et relevant de la compétence de l'Etat.

[23] En application du I de l'article L.14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), la CNSA exerce dix missions (Cf. Encadré n°1). Deux d'entre elles concernent le champ du présent rapport. Il s'agit des points I.2 et I.10 figurant dans l'encadré ci-dessous.

Encadré n° 1 : Missions de la CNSA Extraits du code de l'action sociale et des familles

Livre I^{er} : Dispositions générales – Titre IV : Institutions – Chapitre X : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Article L.14-10-1 -I-

I. - La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions :

1° De contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;

2° D'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;

3° D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;

4° D'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux mentionnés à l'article L. 312-5 et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 ;

5° De contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution ;

² La loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

³ La loi n° 205-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

6° D'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ;

7° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées ;

8° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie ;

9° D'assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet ;

10° *De contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux*

[24] Ces deux missions relatives à la gestion de l'OGD et à l'aide à l'investissement dont on verra qu'elle peut être alimentée par une part des crédits non consommés de l'OGD représentent 85% du budget de la CNSA. Au titre de l'exercice 2009, le financement des ESMS pour personnes âgées dépendantes (ESMS PA) et pour personnes handicapées (ESMS PH) s'élevait en effet à 15.679M€ - auxquels il faut ajouter l'aide à l'investissement des ESMS à hauteur de 330M€ - sur un budget global de la CNSA de 18.721M€⁴.

[25] Pour le secteur des personnes âgées (Cf. Encadré n°2), la CNSA finance en tout ou partie le fonctionnement de différents types d'établissements et services⁵:

- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec 6.855 établissements pour 515.635 places installées au 31/12/2007⁶ auxquelles il convient d'ajouter les 9.043 places installées au titre de l'année 2008⁷, et prévisionnellement 535.000 places en EHPAD à fin 2009 ;
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec 86.670 places au 01/01/2007⁸ auxquelles il convient d'ajouter l'installation de près de 4.000 places en moyenne en 2007 et 2008⁹, soit prévisionnellement 2.500 structures pour environ 98.000 places à fin 2009 ;
- les places d'accueil de jour (AJ) à hauteur de 6.000 places au 31/12/2007 auxquelles il convient d'ajouter l'installation de 950 places annuelles en moyenne depuis 2006¹⁰, soit prévisionnellement 7.900 places à fin 2009 ;
- les places d'hébergement temporaires (HT) pour 7.765 places au 01/01/2007¹¹ auxquelles il faut ajouter 1.000 places installées en 2007 et 2008¹², soit prévisionnellement 9.200 places à fin 2009 si le taux d'installation demeure stable.

⁴ Budget rectificatif 2009 soumis au vote du Conseil d'Administration de la CNSA le 31 mars 2009

⁵ CASF : art. L314-2, R314-105, R 314-158 à R314-198

⁶ « Enquête EHPA 2007 » de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) - Julie PREVOT, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », DREES, Etudes et résultats, n° 689, mai 2009.

⁷ CNSA – Département ESMS : Suivi de la réalisation des places nouvelles en ESMS pour 2008-Remontées annuelles des DRASS

⁸ STATISS 2008 – Données au 01.01.07

⁹ CNSA – Suivi de la réalisation des places nouvelles en ESMS sur la période 2006-2008.

¹⁰ CNSA – Suivi de la réalisation des places nouvelles en ESMS sur la période 2006-2008

¹¹ STATISS 2008 – Données au 01.01.07.

¹² CNSA – Suivi de la réalisation des places nouvelles en ESMS sur la période 2006-2008.

Encadré n° 2 : Contexte

« Nombre de places et résidents dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées » - Enquête DRESS « EHPA 2007 »

Julie Prévot - Etudes et Résultats n° 689 de Mai 2009 :

L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007

Julie Prévot - Etudes et Résultats n° 699 d'Août 2009 :

Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007

« Au 31 décembre 2007, les 10 300 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) proposent 684 000 places et accueillent 657 000 résidents, soit un taux global d'occupation de 96% et un taux d'équipement moyen de 127 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans et plus.

En application de la réforme de la tarification, *tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes deviennent progressivement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*. Près de 6 900 établissements ont signé une convention tripartite au 31 décembre 2007 et sont ainsi devenus des EHPAD, soit 88% des maisons de retraite, 74% des USLD et 16% des logements-foyers. *Ceux-ci sont en 2007 6 850 (67 % du total) pour 515 000 places (75% du total).* »

« Au sein de l'ensemble de ces établissements, les places spécifiquement consacrées à l'accueil de jour ou à l'accueil de nuit représentent respectivement 1% et 0,1% de la capacité d'accueil (soit respectivement 6 000 et 500 places). L'hébergement temporaire ne représente également qu'une faible part de la prise en charge; au 31 décembre 2007, 1% de la clientèle est accueillie de façon temporaire ».

« *La taille moyenne des établissements augmente légèrement par rapport à 2003, de 63 à 66 places. La capacité moyenne des maisons de retraite passe de 68 à 72 places, et varie suivant le statut. Les établissements les plus grands sont les maisons de retraite publiques avec une capacité moyenne de 84 lits, alors que les maisons de retraite privées ont une capacité moyenne de 66 lits pour le privé non lucratif et de 61 pour le privé lucratif* »

« La durée moyenne de séjour en 2007 (2 ans et 6 mois) est légèrement inférieure à celle de 2003 (2 ans et 8 mois). Cependant la plupart des durées de séjour se situent en dessous de cette moyenne : *la moitié des séjours n'excèdent pas 1 an et 1 mois* (un quart durant moins de 2 mois) ».

« *Les résidents des EHPA sont toujours plus dépendants*. En effet, 84% des personnes résidentes en EHPAD sont considérées comme dépendantes (GIR 1 à 4) et la moitié (51%) comme très dépendantes (GIR 1 et 2) contre 47% en 2003 »

A cet égard, « *le nombre de places médicalisées s'est fortement accru par rapport à 2003 atteignant 551.000 places, soit 17% de plus qu'en 2003* ».

Néanmoins, si la capacité moyenne des établissements augmente, « *le taux d'équipement global mesuré conventionnellement par rapport à la population âgée de plus de 75 ans et plus, continue de diminuer* : il est passé de 166 places pour 1000 personnes en 1996 à 140 fin 2003 et 127 fin 2007 ».

« Plus de 397 000 personnes (340 000 équivalents temps plein) sont employées dans les EHPA, soit 52 000 de plus qu'en 2003. Le taux d'encadrement, qui exprime le nombre d'emplois (en ETP) pour 100 places, est toujours en hausse et plus élevé dans les EHPAD. Le taux d'encadrement global, défini comme le nombre d'ETPT (toutes fonctions confondues) pour cent places est fin 2007 en moyenne de 50 pour l'ensemble du secteur, soit 6 points de plus qu'en 2006 ».

- [26] Pour le secteur des personnes handicapées¹³, la CNSA finance en tout ou partie le fonctionnement de :
- 5.300 ESMS pour adultes handicapés correspondant à 330.000 places au 31/12/2006¹⁴ notamment les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS),
 - 3.380 ESMS pour enfants handicapés correspondant à près de 150.000 places au 31/12/2006¹⁵, en particulier des instituts médico-éducatifs (IME) et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).
 - Il convient d'ajouter pour être complet les places créées depuis 2007 soit 7.095 places dans les ESMS PH « adultes » et 5.880 places dans les ESMS PH « enfants » au titre des années 2007 et 2008¹⁶.
- [27] Le chiffrage du nombre de places existantes dans les ESMS pour personnes âgées et pour personnes handicapées au 01/01/07, ainsi que celui du nombre de places installées depuis la création de la CNSA sont détaillés en annexes 4 et 5.
- [28] A cet égard, il est à noter que la CNSA ne dispose pas d'éléments ou d'outils permettant de connaître précisément à une date donnée le nombre de places dédiées aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) géré par le ministère de la Santé comptabilise ce type de données mais son périmètre excède celui des ESMS PA et PH qui nous intéressent. La nomenclature utilisée n'est pas non plus adaptée car elle ne permet pas de connaître simplement le nombre d'établissements et de places dont le financement est géré par la CNSA.
- [29] Alors même que les objectifs quantifiés des plans nationaux sont fixés, il est encore nécessaire d'effectuer des agrégations de chiffres de sources diverses (DREES, enquêtes annuelles CNSA de suivi de la réalisation des places nouvelles) pour tenter d'établir le nombre d'ESMS et de places bénéficiant à la date de ce rapport d'un financement de l'OGD. Ce manque de données et d'outils permettant de connaître de façon simple et lisible le nombre d'établissements et de places rend difficile le suivi des places existantes par type de structures et compromet la lisibilité des politiques gouvernementales en termes de créations de places et d'augmentation de l'offre dans le secteur.
- [30] Le financement par la CNSA du fonctionnement des établissements et services accueillant les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées couvre le budget « soins » des ESMS¹⁷ et le cas échéant, par le biais des excédents issus de la sous-consommation de l'OGD, l'aide à l'investissement. Il est rappelé à cet égard que le budget des EHPAD est régi par les règles de la tarification ternaire¹⁸ : les prestations fournies comportent un tarif journalier afférent à l'hébergement, un tarif journalier afférent à la dépendance et un tarif journalier afférent aux soins. C'est ce budget « soins » des ESMS PA et PH correspondant « aux prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que les prestations paramédicales correspondant à l'état de dépendance des personnes accueillies » qui est couvert en totalité ou en partie par les financements alloués par la CNSA.

¹³ Les ESMS PH relevant de l'aide par le travail sont financés par l'Etat et ne bénéficient pas de financement de l'OGD

¹⁴ Chiffres issus des tableaux de bord des données sociales de la DREES au 31/12/2006.

¹⁵ Chiffres issus des tableaux de bord des données sociales de la DREES au 31/12/2006.

¹⁶ CNSA – Suivi de la réalisation des places nouvelles en ESMS PH au titre des années 2007-2008.

¹⁷ Pour les ESMS PH « adultes », l'OGD finance également une partie du coût de l'hébergement. Le forfait journalier hospitalier restant à la charge de l'assuré en cas d'hébergement complet.

¹⁸ Articles L. 314-1 et suivants et R. 314-158 à R. 314-193 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

1.1.1.2. La composition de l'OGD

[31] Ce financement des dépenses de soins des établissements et services du secteur médico-social est soumis, en application du I de l'article L.314-3 du CASF, à un objectif de dépenses dit « Objectif global de dépenses » (OGD) fixé chaque année par arrêté interministériel. Cet objectif correspond à la somme de deux recettes d'origine différentes :

- 1) une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté en Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Cette contribution de l'assurance maladie relève de deux sous-objectifs de l'ONDAM : l'ONDAM médico-social « personnes âgées » et l'ONDAM médico-social « personnes handicapées ». Cette contribution de l'assurance maladie représente 90% des ressources de l'OGD ;
- 2) la part des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) destinée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées¹⁹. Cette part de la CSA représente 10% de l'OGD.

[32] Autrement dit, le financement du fonctionnement des ESMS PA et PH pour la partie « soins » est assuré - et théoriquement encadré - par l'OGD égal à la somme de l'ONDAM médico-social et d'une part de la CSA comprise entre 50% et 54%. Le cas échéant, une fraction des excédents de la CNSA issus de la sous-consommation de l'OGD constatée sur les exercices antérieurs peut venir abonder le financement de l'OGD.

[33] La totalité du montant de l'OGD est gérée par la CNSA. Les crédits de l'enveloppe médico-sociale de l'assurance maladie, soit l'ONDAM médico-social, apparaissent ainsi en recette dans les comptes de la CNSA quoique ne donnant pas lieu à un flux réel de trésorerie. La CSA, recette propre de la CNSA, est quant à elle effectivement encaissée par la Caisse et participe ainsi aux dépenses de soins des ESMS. Comptablement, ce financement par l'OGD du fonctionnement des ESMS est retracé dans la section 1 du budget de la CNSA²⁰ comme le décrit le tableau 1.

Tableau 1 : Ressources et charges de la CNSA relatives au financement du budget « soins » des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées

		Charges	Ressources = OGD
Section 1 Financement du fonctionnement des ESMS PA et PH	Sous section 1 (PH)	Remboursement aux régimes d'assurance maladie des tarifs versés par les CPAM aux ESMS PH	- Ondam médico-social PH Entre 10% et 14 % des recettes de CSA
	Sous section 2 (PA)	Remboursement aux régimes d'assurance maladie des dotations globales versées par les CPAM aux ESMS PA	- Ondam médico-social PA - 40% des recettes de CSA

¹⁹ Il s'agit d'une contribution de 0,3% acquittée par les employeurs publics et privés sur la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie. En application des dispositions de l'article L. 14-10-5 du CASF une fraction comprise entre 10% et 14% de la CSA (en pratique 14% en 2008 et 2009) est consacrée au financement des dépenses de l'OGD « personnes handicapées » ; une fraction de 40% de la CSA permet de financer l'OGD « personnes âgées ». Ces dotations constituent les ressources propres de la CNSA à l'OGD.

²⁰ Dans un souci de transparence, le législateur a entendu organiser le budget de la CNSA en six sections distinctes avec des règles strictes de répartition et d'affectation des ressources (cf. Art. L.14-10-5 CASF). C'est la section 1 divisée en deux sous-sections (une pour les personnes âgées et une pour les personnes handicapées) qui finance, avec comme recette l'OGD, le fonctionnement des ESMS.

1.1.1.3. Le positionnement ambigu de la CNSA

- [34] La CNSA n'est pas une caisse comme les autres. Elle est à la fois un organisme qui bénéficie d'une délégation de la part des régimes d'assurance maladie et qui contribue par des ressources propres au financement des dépenses d'assurance maladie. Ainsi, aux termes de la LFSS, la CNSA est un organisme *sui generis* « qui concourt au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et gère des dépenses d'assurance maladie »²¹.
- [35] Compte tenu de la spécificité de son statut voulu par le législateur, le positionnement de la CNSA reste ambigu. Le législateur ne l'a pas érigée à ce stade en caisse d'un 5^{ème} risque, elle n'est pas « un régime obligatoire de base de la sécurité sociale ». Et les principes qui ont présidé à sa création ont des conséquences importantes sur la gestion de l'OGD et la génération d'excédents au titre du financement du fonctionnement des ESMS :
- Comme nous l'avons vu, la CNSA centralise l'ensemble des ressources de l'OGD afin d'assurer la traçabilité des crédits et de les « sanctuariser ». Avant la création de la Caisse, les excédents produits par la sous-consommation des crédits de soins alloués aux ESMS restaient dans les comptes de l'assurance maladie et pouvaient servir à compenser des déficits sur d'autres catégories de dépenses, notamment des sous-objectifs « dépenses de soins de ville » et « dépenses hospitalières » de l'ONDAM. Depuis 2006, conformément à l'article L.14-10-8 du CASF, les crédits finançant l'OGD non consommés dans l'année de leur inscription au budget de la CNSA ne sont pas reversés en fin d'année pour la part relevant de l'Ondam médico-social à l'Assurance maladie mais « donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants », constituant des réserves au sein du budget de la Caisse. L'existence d'excédents est donc consubstantielle à la volonté du législateur de sanctuariser les crédits de fonctionnement des ESMS accueillant les personnes âgées et les personnes handicapées au sein de la CNSA.
 - Le législateur²² a assigné à la CNSA l'objectif prioritaire d'assurer la répartition équitable des moyens entre les régions et au sein d'une même région, concevant ainsi la Caisse principalement comme un organisme collecteur et répartiteur de crédits devant veiller en premier lieu à l'équité territoriale²³.
- [36] La Caisse apparaît donc, dans un premier temps, davantage comme un organisme répartiteur de crédits au niveau macro économique dans le cadre d'une procédure descendante que comme une institution devant également assurer le pilotage et le suivi des crédits et des réalisations, ce qui supposerait la mise en place d'objectifs de performance dans le cadre d'un dialogue de gestion resserré avec les services déconcentrés.
- [37] Pourtant, au-delà de ce strict rôle de répartition équitable des crédits des médico-sociaux, le premier des « neuf objectifs majeurs » assignés à la Caisse par la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG)²⁴ signée entre l'Etat²⁵ et la CNSA²⁶, est bien « le pilotage budgétaire et financier, équitable et efficient, des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées »²⁷ au travers de la gestion de l'OGD (Cf. Encadré n°3 sur les engagements pris par l'Etat et la CNSA dans le cadre de la COG).

²¹ Loi organique pour les lois de financement de la Sécurité sociale n°2005-881 du 2 août 2005.

²² Article L.14-10-1 I 2° du CASF

²³ Point I, 1° de l'article 56 de la loi du 11 février 2005 (article L.14-10-1 du CASF).

²⁴ Convention d'Objectifs et de Moyens signée entre l'Etat et la CNSA le 23 janvier 2006

²⁵ Ministre de la Santé et des Solidarités, Ministre de l'Economie des Finances et de l'Industrie, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées aux Personnes Handicapées et à la Famille, Ministre délégué au Budget et à la Réforme de l'Etat, Porte-parole du Gouvernement

²⁶ Représenté par le Président et le Directeur

²⁷ Chapitre Premier de la COG

Encadré n° 3 : Les engagements pris dans la Conventions d'Objectifs et de Gestion signée entre l'Etat et la CNSA concernant la gestion de l'OGD

La CNSA a signé avec l'Etat le 23 janvier 2006 une Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) pour les années 2006 à 2009.

La COG définit des principes d'action organisés en « quatre axes stratégiques » et « neuf objectifs majeurs » dont plusieurs traitent de la gestion de l'OGD :

- *Axe 3* : « Fixer les orientations budgétaires et financières correspondant aux enveloppes relatives à l'OGD »
- *Objectif 1* : « permettre un pilotage budgétaire et financier, équitable et efficient des établissements et services médico-sociaux accueillant ou accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées ».
- *Objectif 6* : « construire et articuler les systèmes d'informations nécessaires au suivi de la réalisation des cinq objectifs majeurs précités et garantir, dans le respect des règles de confidentialité prévues par le législations en vigueur, la circulation et les échanges d'information entre les services de l'Etat, la CNSA et le principaux organismes concernés. »
- *Objectif 8* : « Déterminer, en termes de contrôle de gestion et de suivi budgétaire et financier, les engagements réciproques de l'Etat et de la CNSA en vue d'assurer une gestion administrative, budgétaire et financière optimale et cohérente notamment avec les objectifs du programme annuel de performance inscrit au programme « handicap et dépendance » de la mission « solidarité et intégration ».

L'objectif 1 est décliné en 7 sous-objectifs concernant la procédure de fixation de l'OGD et de l'Ondam médico-social, la répartition entre régions et départements des dotations limitatives et le suivi de la réalisation de la dépense.

Ainsi le sous objectif 1.1 définit un objectif d'harmonisation des procédures avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) pour permettre une élaboration en commun de l'ONDAM et de l'OGD dans une perspective pluri-annuelle. Les deux signataires de la COG convenaient d'échanger toutes les informations nécessaires aux arbitrages du gouvernement et du Parlement et à la définition des politiques publiques dans les secteurs du handicap et de la dépendance. L'annexe 1 de la COG fixait les grandes étapes de la procédure budgétaires et à chacune de ces étapes les éléments d'information à fournir respectivement par l'Etat et la CNSA.

Au terme des dispositions du sous-objectif 1.2, il est convenu que la CNSA s'engage à répartir les enveloppes résultant de l'OGD en veillant à :

- la cohérence entre les outils de programmation mis en œuvre au niveau interdépartemental et les orientations nationales de la politique gérontologique et du handicap ;
- la répartition territorialement équitable de ces ressources, dans un souci d'équilibre entre le recours à des accueils en établissements et des accompagnements en milieu ordinaire de vie.

Le sous-objectif 1.4 organise la relation entre la CNSA et les échelons territoriaux : « la CNSA conduit tout au long de l'année avec les préfets, via les DRASS et les DDASS un échange technique fonctionnel permanent »

Le sous-objectif 1.5 prévoit que la CNSA est chargée par l'Etat de mettre en place avec son concours et celui de l'Assurance maladie un système d'information qui permette de mesurer et de suivre l'évolution des dépenses et d'analyser les écarts entre les objectifs fixés et les réalisations.

Concernant *l'objectif 6* relatif à la mise en œuvre des systèmes d'information, l'annexe 4 de la COG fait apparaître les engagements pris en matière opérationnelle : il s'agit notamment de la mise en place d'un groupe de maîtrise d'ouvrage opérationnel associant les services de l'Etat et la CNSA mais aussi des représentants des partenaires de la CNSA (notamment Conseils généraux)

pour suivre l'élaboration et la mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information. Dans ce cadre, la CNSA s'est engagée notamment « à mettre en tant que de besoin à disposition des services déconcentrés de l'Etat les outils de saisie et de remontée de données financières et comptables relatives aux établissements médico-sociaux »

L'objectif 8 déterminant les engagements réciproques de l'Etat et de la CNSA est décliné en plusieurs sous-objectifs, notamment le 8.2 qui prévoit qu'en vue de permettre un suivi budgétaire et financier comptable et financier, la CNSA :

- fournisse tous les documents nécessaires à la préparation et à l'approbation de son budget et de son compte financier ;
 - assure un suivi de l'encaissement des ressources et de la réalisation des dépenses ;
 - assure un suivi régulier de la situation de trésorerie et des placements effectués ;
 - fournisse des prévisions de ses comptes et une analyse de ses comptes clos ainsi que des écarts aux prévisions ;
 - analyse notamment sur la base des PRIAC les perspectives budgétaires à moyen terme à partir des finalités définies par l'Etat avec notamment un suivi spécifique des plans gouvernementaux (plans de création de places)
 - mette en place un contrôle interne, garantissant la qualité de sa gestion administrative et financier
- De son côté l'Etat devait notamment fournir les informations nécessaires au pilotage budgétaire.

Pour assurer le suivi des objectifs évoqués précédemment, une série d'indicateurs dits de première génération c'est-à-dire prévus pour la période 2006/2007 est indiqué en annexe 9 de la COG.

S'agissant des établissements et services des indicateurs étaient définis dans quatre domaines :

1) La mesure de la réduction des inégalités territoriales :

- Evolution sur 4 ans des écarts-types de trois taux d'équipement « traceurs » mesurés par département et agrégés par région : IME /SESSAD, MAS/FAM /SAMSAH/ et EPHAD/SSIAD.
- Evolution sur 4 ans des écarts-types mesurés par département et par régions sur des indicateurs caractéristiques tels que par exemple l'écart-type des ressources de l'OGD et des actes AIS destinés aux soins des personnes âgées, rapportées à la population de plus de 75 ans.

2) Des indices de satisfaction des services déconcentrés sur les appuis techniques de la CNSA aux services déconcentrés (méthodologie PRIAC et de modalités allocation de ressources)

3) Le respect des cadrages régionaux de l'OGD : analyse des écarts entre « enveloppes allouées » et « enveloppes consommées » et taux d'exécution des opérations financées

4) Le suivi des plans de réalisation de places nouvelles : coût moyen de création de places nouvelles au niveau régional.

[38] Si le rôle de pilotage budgétaire et financier assigné à la Caisse au titre de la gestion de l'OGD peut apparaître peu explicite, son positionnement vis-à-vis de ses autorités de tutelle, emprunt d'une certaine ambiguïté, est également une cause d'incertitude quant à l'étendue exacte de son rôle.

[39] Des difficultés sont apparues dans le partage de responsabilités entre la Direction Générale de l'Action Sociale et la CNSA. Elles ont été analysées dans différents rapports : rapport IGAS-IGF de janvier 2007 sur les conséquences de la décentralisation sur les administrations d'Etat, rapport IGAS-IGF d'avril 2007 relatif à l'adéquation des missions des administrations sanitaires et sociales, rapports RGPP de mars et juin 2007. Suite à ces travaux, le comité interministériel de pilotage sur la cohésion sociale du 23 septembre 2008, a décidé la mise en place d'un groupe de travail rassemblant notamment des représentants du Secrétariat Général (SG), de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et la CNSA pour réexaminer différents dispositifs de gestion et notamment étudier les rôles respectifs de l'Etat et de la CNSA dans l'élaboration de l'Ondam médico-social, la programmation financière, la régulation et le suivi des dépenses de l'OGD.

- [40] Les travaux du groupe ont fait apparaître que les « process qui associaient l'Etat et la CNSA aux décisions majeures concernant la dépense médico-sociale étaient peu clairs et que l'imbrication des rôles ente la DGAS et la CNSA induisait des risques de perte d'efficacité ». Le groupe a notamment mis en évidences des difficultés dans trois domaines :
- la préparation de la LFSS pour laquelle les responsabilités respectives sont peu articulées, ce qui conduit à des difficultés dans la réalisation et l'utilisation des expertises des propositions des mesures budgétaires,
 - la procédure d'allocation des crédits aux régions et départements fait l'objet de doubles instructions de la CNSA, opérateur et de la DGAS, administration de tutelle sans que le partage des responsabilités soient clairement établies. Les services déconcentrés se trouvent face à des instructions dupliquées nuisant à la lisibilité du dispositif de notification des crédits,
 - la mise en place de systèmes d'information parallèles à la CNSA et à la DGAS, de même que le double pilotage de ces derniers, constituent une pratique manifestement inefficace et coûteuse.
- [41] Il apparaît que le partage des rôles entre la DGAS et la DSS et le SG d'un côté et la CNSA de l'autre ne correspond pas aux principes modernes de partage des responsabilités entre une administration centrale, maitre d'ouvrage qui assure des fonctions stratégiques de pilotage, de réglementation, d'évaluation et de coordination et un opérateur, maitre d'œuvre qui assure la mise en œuvre opérationnelle des dispositifs et qui doit être en situation de le faire. L'objectif de régulation de la dépense qui incombe à la CNSA n'a pas été accompagné d'une délégation claire de pouvoir d'instruction directe vis-à-vis des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Ainsi, la CNSA ne dispose pas de correspondants territoriaux propres mais procède via les Préfets, à des échanges techniques et fonctionnels permanents avec les DRASS et les DDASS, sans qu'il y ait pour autant de lien hiérarchique.
- [42] C'est normalement la préparation et la mise en œuvre de la COG qui aurait du permettre d'organiser le dialogue nécessaire entre les directions centrales et la CNSA. Mais la préparation de la première COG 2006-2009 n'a pas été précédée par une évaluation externe à la DGAS et à la CNSA qui aurait permis d'apprécier de manière objective le bilan d'entrée et de fixer les engagements réciproques de manière concrète. Il est symptomatique que la DGAS, direction pourtant impliquée dans la tutelle de la CNSA, ne soit pas signataire et que ses responsabilités soient peu mentionnées dans le texte de la COG.
- [43] Le positionnement et les missions assignées à la Caisse par le législateur et l'Etat restent donc équivoques. D'une part, la création de la CNSA relève d'un compromis entre des objectifs limités de sanctuarisation et de répartition équitable des crédits médico-sociaux et la mise en œuvre d'un véritable régime obligatoire de sécurité sociale. D'autre part, l'Etat a délégué à la CNSA la gestion de l'OGD et par conséquent le pilotage budgétaire et financier du fonctionnement des ESMS alors même que la Caisse n'a pas le statut de caisse de sécurité sociale ni le positionnement clair de tête de réseau ayant un pouvoir hiérarchique sur les services déconcentrés à savoir les DRASS et les DDASS.
- [44] Conséquence de ce compromis, la CNSA n'a pas été instituée sous la forme d'une caisse du cinquième risque mais d'un établissement public national à caractère administratif.

1.1.2. Gouvernance et organisation de la CNSA

1.1.2.1. L'absence de majorité de l'Etat au sein du Conseil d'administration

[45] Les instances dirigeantes de la CNSA sont le Conseil, le Directeur et l'Agent Comptable, assistées par un Conseil scientifique. Le directeur est nommé par décret. Le Conseil qui comprend 48 membres est composé de représentants des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées, de représentants des conseils généraux, de représentants des organisations syndicales nationales représentatives des salariés et des employeurs, de représentants de l'Etat, de parlementaires, de personnalités qualifiées parmi lesquelles est désigné le président de la Caisse²⁸.

[46] « Faisant le choix de partager avec l'ensemble des acteurs concernés la mise en œuvre de la politique de lutte contre la perte d'autonomie »²⁹, l'Etat ne détient pas la majorité absolue au sein du Conseil. Cette organisation peut être source de contradictions dans la mesure où il s'agit de la seule instance où sont discutés et arrêtés les principes de répartition de l'OGD. En confiant au Conseil une double mission de concertation entre les différents intervenants du secteur de la dépendance et de décision notamment en matière budgétaire, la réglementation a contribué à mettre ce Conseil dans une situation difficile, source de tensions³⁰.

1.1.2.2. L'organisation interne de la CNSA

[47] Composée de six départements (communication, compensation de la perte d'autonomie, maîtrise d'œuvre des systèmes d'informations, ressources humaines, direction des établissements et services médico-sociaux, direction financière), la CNSA bénéficie pour accomplir ses missions d'un effectif de 89 agents pour 84,17 équivalents temps plein au 31/12/2008, composé pour l'essentiel de fonctionnaires issus des trois fonctions publiques, mis à disposition ou en détachement, et d'agents de droits privés venus des organismes de sécurité sociale.

[48] Les deux directions en charge du financement du fonctionnement des ESMS et de la gestion de l'OGD avec lesquelles la mission s'est entretenue à diverses reprises, la direction des ESMS et la direction financière, disposent respectivement de 19 ETP dont 16 catégorie A ou cadres UCANSS et de 12 ETP dont 9 catégorie A ou cadres UCANSS.

[49] Ces deux directions interviennent dans le champ des compétences financières de la CNSA. Au côté de ses responsabilités comptables, la direction financière a principalement une fonction de direction de trésorerie sans pour autant avoir de latitude dans la détermination des placements des ressources de la CNSA. Elle est en charge de l'interface avec les régimes d'assurance maladie afin de pouvoir apprécier le solde des opérations financières entre ceux-ci et la CNSA. Son périmètre est resté stable même si la certification des comptes engagée à son initiative devrait l'amener à prendre une place croissante dans le fonctionnement de la CNSA.

[50] Face à elle, la direction des ESMS a vu son périmètre s'alourdir depuis la création de la CNSA. D'une part, elle intervient en appui dans la négociation budgétaire du PLFSS. D'autre part, elle est en charge de la répartition des enveloppes départementales limitatives entre les services déconcentrés et du suivi de la consommation des crédits et des réalisations (taux d'engagement des crédits, d'autorisation et d'installation des places nouvelles, suivi de la médicalisation etc.). L'alourdissement de ses tâches a été le résultat du nombre croissant d'interrogations suscitées par le phénomène de sous-consommation. Afin d'y répondre, elle a développé ses propres outils de gestion ou repris et développés ceux des autorités de tutelles (DGAS/ DHOS)

²⁸ Art. L.14-10-3 du CASF.

²⁹ Cf. COG Etat/ CNSA - Chapitre liminaire.

³⁰ Voir notamment les débats du Conseil d'administration du 14 octobre 2008 et du 31 mars 2009.

- [51] Au cours de la mission, la communication entre les deux directions est apparue encore insuffisante même si une réflexion interne est en cours. En particulier, l'utilisation des données de la CNAMTS permettant d'apprécier les dépenses réelles de l'OGD sont utilisées exclusivement de façon agrégée alors qu'il serait possible pour la CNSA et les services déconcentrés de disposer des états mensuels des versements par établissement, répondant ainsi à l'objectif de suivi des dépenses.
- [52] Les services comptables de la CNAMTS ont fourni à la mission ces fichiers pour les années 2006 à 2008 qu'elle a mis à la disposition de la CNSA et de certaines des DDASS visitées. On ne peut que regretter le choix fait à l'origine de la CNSA de développer une base des établissements autonome, indépendamment des bases existantes à la CNAMTS. La CNAMTS ne s'estimant plus concernée par la gestion de l'Ondam médico-social, la collaboration entre les deux entités s'est limitée à des opérations ponctuelles, comme la mise en place de la seconde étape de la médicalisation des EHPAD. Les ARS devraient être l'occasion d'un rapprochement des bases de données dans un souci d'efficacité de la dépense publique.
- [53] Il a également été constaté que les missions confiées à la direction des ESMS dans le but d'assurer un meilleur suivi des dépenses ont été renforcées. Les recommandations faites dans le présent rapport vont d'ailleurs dans le sens d'un renforcement de cette tendance. La CNSA doit passer définitivement d'une approche macro-économique de répartition et de suivi global des moyens et des réalisations à une gestion établissement par établissement, projet par projet. Pour ce faire, elle doit disposer de compétences renforcées dans le domaine de la gestion des établissements, mouvement qui a été engagé par la CNSA avec le recrutement de personnels issus des services déconcentrés ou des collectivités locales.

1.2. La budgétisation centrale : les agrégats de la dépense médico-sociale

- [54] En application de l'article L. 314-3 du CASF, le montant annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations de soins des ESMS pour personnes âgées et personnes handicapées est réparti territorialement entre régions et départements par la CNSA sous forme de dotations limitatives adressées aux préfets et services déconcentrés (DRASS/DDASS). Ces crédits sont ensuite alloués à chaque établissement ou service médico-social pour personnes âgées dépendantes et personnes handicapées dans le cadre de la campagne tarifaire menée par les DDASS. Ils sont versés sous forme de dotations globales, de tarifs ou de prix de journée par les caisses des régimes d'assurance maladie.
- [55] La construction de l'OGD et des différents agrégats qui lui sont associés puis la répartition des crédits font l'objet de procédures distinctes qui associent au niveau central les autorités de tutelles ministérielles et la CNSA, et au niveau local les services régionaux et départementaux (Préfets, DRASS, DDASS).
- [56] Après un descriptif de la procédure budgétaire sont successivement examinés trois agrégats : l'Ondam médico-social, l'OGD et les dépenses encadrées.

1.2.1. La procédure de budgétisation et d'allocation des crédits médico-sociaux

- [57] La construction de l'OGD pour l'année N+1 s'effectue à travers la préparation du PLFSS N+1 et donc de la fixation de l'ONDAM. Parallèlement est mise en œuvre une procédure conduisant à la détermination des recettes prévisionnelles de la CSA pour l'année N+1. Une fois les différents agrégats de la dépense médico-sociale arrêtés, ces crédits sont répartis par région et département par la CNSA puis alloués par chaque DDASS aux ESMS accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées dans le cadre de la campagne tarifaire.

[58] Les différentes étapes de cette procédure sont retracées ci-dessous et schématisées en annexe 6 :

- 1) Démarrage de la préparation du PLFSS N+1 : envoi par la DSS aux autorités de tutelle (DGAS) et à la CNSA d'une note transmettant les propositions de montants et de taux de progression de l'Ondam médico-social et de l'OGD.
- 2) Réponse des directions ministérielles (DGAS/ DB) et de la CNSA et démarrage du travail de préparation des arbitrages interministériels relatifs au PLFSS, en particulier l'Ondam médico-social (« débasages », « rebasages », opérations de fongibilité et transferts entre sous-objectifs de l'ONDAM).
- 3) Fixation en parallèle des recettes propres de la CNSA par la 6^{ème} sous-direction de la DSS (recette prévisionnelle de la CSA)
- 4) Décision du Conseil de la CNSA de l'automne N actant les critères de répartition territoriale des crédits.
- 5) Envoi par la CNSA avant le 15/12 de l'année N, sur la base des arbitrages de l'OGD, de pré-enveloppes régionales et départementales des mesures nouvelles de créations de places de l'année N+1 et des enveloppes anticipées n+2 et N+3 (et N+4 depuis le plan de relance 2009) permettant un débat contradictoire au niveau régional et organisant une remontée d'information en conséquence.
- 6) Vote de l'Ondam médico-social par le Parlement - Promulgation de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour l'année N+1.
- 7) Fixation de l'Ondam médico-social, de l'OGD et de l'agrégat « Dépenses Encadrées » par arrêté interministériel (15 jours après la promulgation de la LFSS). Ce délai de 15 jours n'a jamais été respecté. A titre d'exemple, l'arrêté 2009 est en date du 20 mars 2009 et a été publié le 28 mars.
- 8) Procédure d'allocation des ressources par la CNSA aux Préfets/ DRASS/ DDASS :
 - a) Suite à la réception des pré-enveloppes régionales et départementales, des échanges techniques intra-régionaux dans le cadre des CTRI, pré-CAR et CAR sont organisés pour la répartition des mesures nouvelles au sein de chaque région, sur la base des priorités dégagées dans le cadre des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) N+1 remontés au 30/04 de l'année N.
 - b) Remontées des propositions régionales et interdépartementales à la CNSA avant le 30/01 de l'année N+1.
 - c) Répartition définitive et notification des enveloppes régionales et départementales (mesures de reconduction, mesures nouvelles, enveloppes anticipées) par la CNSA avant le 15/02 de l'année N+1.
 - d) Concernant l'aide à l'investissement :
 - remontées des propositions des DRASS/DDASS d'une liste d'opérations dont le démarrage des travaux est prévu en N+1.
 - diffusion de l'arrêté ministériel et de l'instruction technique CNSA début avril de l'année N+1, après le Conseil du 31 mars de l'année N+1.
 - première notification des opérations retenues dans le cadre du Plan de relance (pour l'année 2009) début avril de l'année N+1.
 - remontées des programmations prévisionnelles au titre du Plan d'aide à l'investissement (PAI) par les Préfets de région à la CNSA pour le 30 avril de l'année N+1 en vue d'une seconde notification en juillet, sur la base des programmations prévisionnelles reconnues complètes à l'instruction.
- 9) Fixation des orientations stratégiques pour l'année N+1 par circulaire conjointe DGAS/DSS (rappel des priorités gouvernementales, des réformes tarifaires...) transmise aux DRASS/DDASS avant le 15/02 de l'année N+1
- 10) Transmission en parallèle à la même date par la CNSA des lettres de notification fixant les enveloppes départementales limitatives de crédits alloués aux Préfets/ DRASS/ DDASS.

- 11) Décision du directeur de la CNSA publiée au JO fixant le montant des dotations départementales limitatives de dépenses (en mars de l'année N+1)
- 12) Démarrage de la campagne tarifaire par chaque DDASS auprès des ESMS PA et PH de son ressort territorial (délai réglementaire de la campagne tarifaire : 60 jours à compter de la publication au JO de la décision du directeur de la CNSA fixant les dotations de chaque département) :
 - a) Envoi par la DDASS à chaque ESMS de son rapport d'orientation budgétaire (ROB) dans le délai de 48 jours après publication au JO de la décision du directeur de la CNSA.
 - b) Procédure contradictoire : au vu du ROB, chaque ESMS peut faire connaître son désaccord et transmettre des contre-propositions budgétaires dans le délai de 8 jours.
 - c) La DDASS dispose alors de 4 jours pour faire connaître sa décision.
 - d) La DDASS doit notifier à chaque ESMS, ainsi qu'à la CRAM et à la CPAM qui effectuera le versement, dans le délai de 60 jours à compter de la publication au JO de la décision du directeur de la CNSA, sa décision d'autorisation budgétaire et de tarification.
- 13) La DDASS soumet ensuite les arrêtés de tarification à la signature du Préfet (aucun délai réglementaire pour la prise et la notification de ces arrêtés)
- 14) Versements par les caisses pivots des régimes d'assurance maladie des tarifs arrêtés par le Préfet sous forme de dotations globales et prix de journée.

1.2.2. L'Ondam médico-social

1.2.2.1. La construction budgétaire de l'Ondam médico-social

- [59] L'Ondam médico-social est l'agrégat retraçant les financements de l'assurance maladie destinés à couvrir les prestations de soins (essentiellement les dépenses de personnels médicaux, mais aussi les dispositifs médicaux et parfois la pharmacie à usage intérieure) au sein des établissements et services médico-sociaux prenant en charge les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, enfants ou adultes. En pratique, la construction budgétaire procède d'une itération entre la construction de l'OGD et celle de l'Ondam médico-social, la progression de celui-ci étant largement contrainte par l'arbitrage sur celle de l'ONDAM général. Il convient de préciser que le périmètre des charges couvert par l'assurance maladie pour les établissements accueillant des personnes handicapées excède les seules prestations de soins puisque les charges de fonctionnement courant, d'amortissement et de personnel administratif et logistique sont incluses.
- [60] L'Ondam médico-social est décomposé en deux sous-objectifs de l'ONDAM correspondant respectivement aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées et aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées et dont les valeurs respectives sont fixées chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).
- [61] Le montant de chacun de ses deux sous-objectifs pour l'année N+1 est déterminé en appliquant à la base retenue un taux d'évolution, tenant compte à la fois de l'évolution tendancielle des dépenses et des économies escomptées.
- [62] La base retenue est par construction identique au montant de l'Ondam médico-social de l'année N, sans tenir compte de la réalisation effective de celui-ci au cours de l'exercice N. Il convient de distinguer les opérations de périmètre affectant la base de l'ONDAM selon deux catégories :
- Les transferts liés à la couverture de charges nouvelles incluses dans le périmètre des dépenses médico-sociales et autrefois couvertes par d'autres objectifs de dépenses (par exemple : intégration des dispositifs médicaux dans les sections soins des EHPAD)

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

[63] L'intégration de la revalorisation du coût à la place d'EHPAD ou l'adaptation de la tarification des SSIAD ne sont pas des mesures de rebasage affectant la base de l'ONDAM N+1. Ces mesures sont incluses dans la base finale de l'ONDAM N qui est reprise pour la construction de la base initiale ONDAM N+1.

[64] Ces transferts d'enveloppes et opérations de fongibilité résultent de changements juridiques de certains établissements dus à des conversions d'activités (exemple : partition des unités de soins de longue durée en partie USLD et partie EHPAD). Ainsi la base 2009 a intégré :

- a) des mesures liées au transfert des USLD dans le secteur médico-social, à l'augmentation du coût des créations de place en EHPAD, à l'adaptation de la tarification des SSIAD,
- b) un transfert de l'Ondam « soins de ville » sur l'Ondam médico-social (personnes âgées) à hauteur de 155 M€ au titre de la réintégration des dispositifs médicaux dans le forfait de soins des EHPAD.

[65] A cette nouvelle base de l'année N+1 est affecté un taux d'évolution tendanciel déterminé pour l'Ondam médico-social à 6,3% en moyenne, encadré par le taux d'évolution annuel de l'ONDAM fixé à 3,3% en valeur et à périmètre constant pour la période 2009-2012³¹ ; le taux d'évolution de l'Ondam médico-social étant revu annuellement. Cette évolution résulte à la fois d'hypothèses sur les mesures de reconduction et sur les mesures nouvelles, le nombre de places créées ainsi que de places conventionnées au titre de la politique de médicalisation en application des plans gouvernementaux et au premier chef le Plan Solidarité Grand Age (PSGA), le Plan Handicap et le Plan Alzheimer.

[66] Les mesures de reconduction comprennent : les mesures salariales générales (application d'un taux d'évolution tendanciel de 1,1% à la masse salariale de l'année N pour prendre en compte l'évolution du point de la fonction publique et le GVT) ; les mesures catégorielles (taux tendanciel de 0,4%) et l'effet prix (taux tendanciel de 0,5%). A partir de 2008, il a été opté pour l'affichage d'un taux de revalorisation de la masse salariale, fixé forfaitairement à 2% sur les deux secteurs (PA et PH), incluant les revalorisations salariales quelles qu'elles soient (générales, GVT et catégorielles le cas échéant). L'effet prix a été retenu sur les deux secteurs pour 2% en 2008 et 1,6% en 2009. En 2009, compte tenu des différences de structure entre les deux secteurs, le taux global de reconduction s'est ainsi élevé à 1,96% dans le secteur personnes âgées et 1,90% dans le secteur personnes handicapées.

[67] Le montant des mesures nouvelles dépend de la tranche annuelle des plans gouvernementaux à mettre en œuvre. Leur coût est évalué sur la base des objectifs de création de places nouvelles ou de médicalisation (médicalisation initiale 2000-2009 puis médicalisation de seconde phase ou pathosification³² depuis 2007). On applique alors à un nombre théorique de places à créer et de conventions à signer au cours de l'année N+1 un coût moyen théorique de la place à créer ou à médicaliser.

[68] Dans le cadre du PSGA, les objectifs de créations de place concernaient les années 2007 à 2012 (6 ans) :

³¹ Article 8 de la loi du 9 février 2009 de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012.

³² La « pathosification » est le terme désignant la médicalisation de seconde génération des EPHAD. Elle consiste à fonder la tarification sur un nouveau référentiel dit référentiel PATHOS, mentionné à l'article L. 314-9 du CASF, qui vise à déterminer le niveau de charge en soins requis par le patient en perte d'autonomie hébergé en établissement, en complément de l'évaluation de son niveau de perte d'autonomie par la grille AGGIR. Sur cette base, la médicalisation de seconde génération aboutit à donner des moyens supplémentaires aux EPHAD dans le cadre du renouvellement des conventions tripartites (Cf. Encadré n°4).

- 30 000 places d'EHPAD sur la base de 5 000 places par an,
- 40 500 places de SSIAD sur la base de 6 000 places par an de 2007 à 2009 puis 7 500 places par an de 2010 à 2012,
- 19 500 places d'AJ-HT sur la base de 2 125 places d'AJ et 1 125 places d'HT par an.

[69] Concernant les EHPAD, la cible annuelle a été portée à 7 500 places par an en 2008, volume qui a été reconduit en 2009 et 2010 compte tenu de la pression constatée sur l'accueil en établissement et de l'impact des évolutions démographiques sur les taux d'équipements. En 2009, du fait du plan de relance, le nombre de places notifiées a été de 7 500 places financées en 2009, 1 000 places en anticipation pour l'année 2010, 2 000 places en anticipation pour l'année 2011 et 2 000 places en anticipation pour l'année 2012.

[70] Concernant la politique de médicalisation, après la première phase de conventionnement tripartite (557.540 places sur la période 2000-2009 pour lesquelles il restait 43.867 places à réaliser sur les exercices 2008 et 2009), il est prévu de conventionner 560.000 places sur la période 2007-2012 afin de tarifier les établissements sur la base d'une évaluation précise de la charge en soins par application de la grille Pathos. La programmation de la « pathosification » est la suivante : 75.192 places en 2007, 150.000 places en 2008 et 100.000 places en 2009, au coût moyen théorique de 2.100€/la place.

[71] Le plan pluriannuel en faveur des personnes handicapées (Plan Handicap) 2008-2012 est budgété à hauteur de 1,2 Mds€ pour financer la création de 50.000 places nouvelles en établissements et services. Ce plan s'est traduit en 2008 par le financement de 9.625 places nouvelles, auxquelles se sont ajoutées en 2009 6.965 places. Le coût de la tranche annuelle 2009 du Plan Handicap s'élève à 350M€ dont 170M€ pour les mesures nouvelles de créations de places.

[72] Le Plan Alzheimer 2008-2012 comprend quant à lui quarante-quatre mesures, structurées autour de trois axes relatifs à l'amélioration de la qualité de la vie des malades et des aidants, à la recherche et au suivi épidémiologique, à l'information et la sensibilisation du grand public ainsi qu'à la promotion d'une démarche éthique, pour un coût global de 1,6 Mds€. Son volet médico-social représente un montant de 1,2 Mds€ financé essentiellement par l'OGD et géré par la CNSA. La CNSA est ainsi impliquée dans la mise en œuvre des mesures suivantes du Plan Alzheimer :

- La mesure 1 intitulée « Développement et diversification des structures de répit » prévoyant la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, l'expérimentation et la généralisation de formules de répit innovantes pour un montant de 169,5M€
- La mesure 4 intitulée « Labellisation sur tout le territoire de « portes d'entrée unique » avec la création des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer » (MAIA) pour un montant de 27,9M€
- La mesure 16 intitulée « Création ou identification, au sein des EPHAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux » pour un montant de 738M€ Cette mesure est de loin la plus importante en termes de financement. Elle prévoit la création de 12.000 places au sein d'unités spécialisées (les Unités d'Hébergement Renforcées et les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés), l'adaptation en personnels de 18.000 places existantes et l'aide à la modernisation, la reconstruction ou l'adaptation de 15.000 places.

[73] La budgétisation des mesures nouvelles résulte « mécaniquement » de la mise en œuvre des différentes tranches annuelles des plans gouvernementaux dont le coût est calculé en appliquant à un volume de places nouvelles un coût moyen à la place.

1.2.2.2. Les difficultés de la budgétisation du Plan Solidarité Grand Age

[74] La budgétisation du PSGA a fait l'objet de révisions importantes³³, notamment en 2007, en raison de la variation du coût à la place. Ce dernier est ainsi passé de 7.600 € à 9.600 € pour les EPHAD entre 2007 et 2008. De même pour la politique de médicalisation, les coûts ont pu varier d'une année sur l'autre, le coût de la médicalisation initiale étant de 3.547 € par place en 2008 contre 4.500 € en 2007 pour le même type de médicalisation. Les éléments qui ont eu le plus fort impact sur la révision du coût du PSGA ont concerné :

- le coût global de la tarification au GMPS avec prise en compte ou non de l'objectif qui était affiché d'un taux d'encadrement de 1 ETP pour 1 résident pour les personnes les plus dépendantes (GIR>800). Pour le reste des places, l'objectif du PSGA est d'un taux d'encadrement de 0,67 à son échéance en 2012 (toutes sections tarifaires confondues).
- la cible du nombre de places d'EHPAD concernées par la médicalisation
- le volume de créations de places nouvelles d'EHPAD et de SSIAD (augmentation du volume de places d'EHPAD et diminution du volume de places de SSIAD).

[75] La traduction budgétaire des tranches annuelles de créations de place et de mesures de médicalisation qui apparaissait en première approche assez simple dans son principe s'est en réalité avérée assez délicate. Les chiffrages initiaux ont fait l'objet d'une demande de révisions par la DSS, la DGAS et la CNSA. En 2007-2008, des évolutions sont intervenues à la fois sur les cibles physiques et sur les coûts unitaires :

- les cibles de créations de places ont été nettement augmentées pour les EPHAD passant de 5.000 à 7.500 en raison d'une réévaluation des besoins de places en établissement. En effet les cibles ont été définies non seulement à partir de projections démographiques mais aussi du partage entre accueil en établissement et maintien à domicile, ce dernier faisant l'objet d'une approche volontariste dans la définition initiale des cibles.
- les coûts unitaires ont été sensiblement augmentés passant de 7.600€ à 9.600€ pour la place d'EPHAD sur la base des données SAISEPHAD. Les coûts unitaires de places d'EHPAD ont été réévalués depuis 2007 passant de 6 700 € en 2006 à 7 500 € en 2007, 8 700 € en 2008 et 9 600 € en 2009. Les raisons principales de la revalorisation du coût à la place d'EHPAD est :
 - la prise en compte du niveau de ressources moyen consécutif au passage à la tarification au GMPS
 - l'élargissement du périmètre de charge des établissements liés à la réintégration des dispositifs médicaux en 2009 (8 700 € + 847 € de coût annuel des Dispositifs Médicaux soit un total de 9 600 €).

[76] Les révisions sur le PSGA ont aussi concerné la politique de médicalisation. Mais surtout celle-ci a fondamentalement changé de nature avec la mise en œuvre de la « pathosification » (Cf. Encadré n° 4). Cette dernière a pour objectif fondamental de permettre d'objectiver les dotations allouées aux établissements en les faisant reposer sur une évaluation précise et homogène sur l'ensemble du territoire national de la charge en soins liée à un résident.

Encadré n° 4 : Les référentiels relatifs à politique de médicalisation des ESMS PA Rapport du groupe de travail sur les dispositifs de gestion de la DGAS

1- AGGIR : la grille nationale AGGIR mentionnée à l'article L. 232-2 du CASF permet de décrire l'état de perte d'autonomie de la personne en la classant dans un groupe ISO-RESSOURCES (art. R. 232-3 et R. 232-4 du CASF). Elle détermine en outre l'éligibilité à l'allocation personnalisée

³³ Dans son rapport de février 2009 sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, la Cour des Comptes indiquait à cet égard que les chiffrages du PSGA faisaient « apparaître une sous-évaluation manifeste de l'impact financier du plan d'au moins 1,2Mds€ à périmètre constant ».

d'autonomie (APA) à domicile et en établissement. En EHPAD, l'ensemble des GIR des résidents détermine le nombre de points GMP (GIR Moyen Pondéré) qui sert au calcul des tarifs dépendance (article L 314-9 du CASF) ainsi qu'au calcul des dotations soins de l'assurance maladie.

2- PATHOS : le référentiel PATHOS, mentionné à l'article L. 314-9 du CASF, vise à déterminer le niveau de charge en soins requis par le patient en perte d'autonomie hébergé en établissement, en complément de l'évaluation de son niveau de perte d'autonomie par la grille AGGIR. Ses principales caractéristiques sont décrites dans un arrêté du 12 mai 2006 « relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée ». Ce référentiel ne détermine pas l'éligibilité à une prestation contrairement à la grille nationale AGGIR.

Le niveau de charge en soins des patients de l'établissement évalué avec l'outil PATHOS détermine cependant un nombre de points PMP (PATHOS MOYEN PONDERE) qui aboutira à une majoration de la dotation soins de cet établissement, selon l'équation simplifiée suivante :
Dotation soins = nb de résidents * [nb points AGGIR + (2,59 * nb de points PATHOS)] * valeur du point GMPS. Il existe 4 valeurs de point GMPS entre 9,20€ et 12,83€ selon l'option tarifaire de l'établissement (tarif global ou partiel avec ou sans PUI).

Les personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD sont évaluées sous la responsabilité des médecins coordonnateurs des EHPAD. La coupe PATHOS est transmise pour contrôle et validation à un praticien-conseil de la caisse d'assurance-maladie.

Les outils AGGIR et PATHOS constituent des outils permettant :

- d'évaluer le niveau de dépendance et, en établissement, de charge en soins des personnes et d'en calculer une moyenne pour les résidents d'un établissement en vue de sa tarification
- de déterminer l'éligibilité d'une personne âgée de 60 ans et plus à une prestation (AGGIR)
- de déterminer le panier de services nécessaire au vu des caractéristiques définies par l'utilisation des référentiels.

En outre, ces référentiels, au travers des modalités d'appropriation par les acteurs et de l'analyse des données produites, peuvent être de véritables outils de régulation, en particulier pour l'allocation de ressources aux établissements.

Ces référentiels constituent une base d'information importante pour améliorer la connaissance des publics en EHPAD et anticiper l'évolution des besoins, quel que soit le niveau d'intervention (national, ARS, DRASS-DDASS pour la tarification ; médecin coordonnateur au niveau de l'établissement). Les données collectées peuvent notamment permettre d'affiner les prévisions pluriannuelles de besoin en crédits d'assurance maladie (modélisation de la progression des variables GMP/PMP).

L'utilisation de ces référentiels pour la tarification des établissements en fait des instruments de pilotage pour les financeurs, Etat et CNSA pour les crédits d'assurance maladie et conseils généraux pour leurs propres crédits.

[77] Le coût unitaire du passage à la tarification au GMPS initialement retenu dans le cadrage financier du PSGA était de 1 200 € par place. En effet, il convient de rappeler que les estimations premières avaient été établies à partir des éléments concernant le PMP issus de l'enquête ERNEST de 1999 majoré d'un taux de progression de 17%. Au vu des glissements importants de PMP constatés sur les USLD lors des coupes PATHOS de 2006, ainsi que les premiers résultats des coupes PATHOS 2007, le coût unitaire a été réévalué à 2 100 € par place dans le cadre de l'ONDAM 2008.

- [78] Il convient de rappeler que le rythme d'entrée dans la tarification au GMPS a été fixé par la circulaire ministérielle du 6 avril 2007 : Il s'agit en priorité des établissements :
- dont les résidents ont un niveau moyen de dépendance élevé caractérisé par un GIR Moyen Pondéré (GMP) >800,
 - renouvelant leur convention tripartite,
 - ayant fait le choix de l'option tarifaire globale
- [79] Ainsi la cible 2007 correspondait à la totalité des établissements disposant d'un GMP>800 ainsi que les conventions signées de 2000 à 2002, la cible 2008 correspondait à toutes les conventions signées en 2003 etc. A chaque année se rajoute le reliquat de places n'ayant pas donné lieu à tarification au GMPS l'année précédente.
- [80] Au total la budgétisation du PSGA a posé différents problèmes :
- o Une surestimation du rythme de la médicalisation c'est-à-dire du nombre de places pathosifiées une année donnée. Ce fut particulièrement net pour l'exercice 2007, première année de la démarche de pathosification, pour lequel le démarrage effectif des mesures nouvelles de médicalisation est intervenu à la rentrée de septembre. Mais ce fut aussi le cas pour les années 2008 et 2009 pour des raisons explicitées plus loin qui tiennent à la lourdeur de la mécanique de la coupe PATHOS, qui suppose des études complexes puis des négociations souvent longues avec les établissements.
 - o Mais surtout il est apparu que la notion même de coût moyen s'est révélée peu pertinente à la fois pour les créations de place et pour la pathosification.
- [81] La notion de coût moyen prévisionnel d'une place nouvelle ou pathosifiée n'a qu'un sens relatif. En effet, ce coût varie pour chaque personne hébergée en fonction de la charge en soins qui lui est propre. Le coût à la place relève donc de différentes variables relatives au type de structures, aux personnes âgées hébergées, à l'historique budgétaire de l'établissement. Le niveau moyen constaté dans un département une année donnée est fortement influencé par le choix des établissements en cours de pathosification, sachant que ceux qui sont pathosifiés une année donnée sont nécessairement différents de ceux qui le seront l'année suivante.
- [82] L'utilisation du coût moyen prévisionnel comme base de budgétisation, bien que nécessaire, est encore moins pertinent s'agissant des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, celles-ci sont tarifées sur la base de forfaits donc de prix de journée définis au cas par cas dans le cadre de l'allocation de ressources et donc sans la forme d'objectivation que permet l'approche de l'outil PATHOS.
- [83] Il est vrai que le coût moyen national prévisionnel n'a qu'une valeur relative. C'est pourquoi il a été utilisé pour les chiffrages macro économiques de la pathosification (il faut bien faire un chiffrage prévisionnel pour construire l'ONDAM et l'OGD) mais pas pour la détermination des crédits nouveaux PATHOS par département : celle-ci s'appuie sur l'analyse du surcoût départemental du passage à PATHOS qui varie en fonction du niveau de ressources d'assurance maladie des établissements de chaque département.
- [84] L'application de PATHOS à l'accueil de jour supposerait de renforcer considérablement les moyens des établissements et du service médical de l'AM pour valider des coupes pour tous les entrants (ou d'accepter sans contrôle a priori les coupes réalisés par le médecin coordonnateur). Par ailleurs, il convient de rappeler la spécificité de ce type d'accueil qui repose sur une file active fluctuante qui peut générer des taux d'occupation variable rendant difficile la couverture financières des services rendus. C'est dans ce cadre, et au vu de la difficulté d'établir un PMP sur une « clientèle » mouvante qu'il a été acté le maintien d'une allocation forfaitaire sur la base d'un coût moyen par place.

- [85] A ces questions concernant les principes de budgétisation s'ajoutent des interrogations sur la qualité des informations utilisées, notamment celles de la base SAISEPHAD dont le remplissage se fait au fil de l'eau dans les services territoriaux sans que cette tâche soit toujours jugée prioritaire. En effet, SAISEPHAD n'est pas un système d'information partagé, un outil de gestion dédié qui pourrait être directement utilisable par les services déconcentrés pour la campagne tarifaire des ESMS par exemple, mais uniquement un outil de reporting à destination du niveau central.
- [86] Pour mieux assurer une budgétisation solide du PSGA il paraît nécessaire de lever différentes incertitudes sur les conditions de mise en œuvre du PSGA, notamment celles concernant les coûts réels de la pathosification.

1.2.2.3. Un processus d'élaboration caractérisée par sa nature théorique

- [87] La procédure de construction de l'Ondam médico-social s'effectue, au sein de la préparation du PLFSS, entre les différents acteurs ministériels que sont la DGAS, la direction du Budget (DB), la DSS et la CNSA dans le cadre d'un débat budgétaire et d'arbitrages interministériels classiques. La DGAS, administration chef de file, détermine les stratégies globales de la politique médico-sociale et assure conjointement avec la CNSA la programmation financière des plans gouvernementaux pluri-annuels ainsi que la fonction de proposition auprès des cabinets des éventuelles inflexions à apporter. La DSS partage avec la DB le rôle de chef de file de la synthèse sur la fixation et l'évolution de l'ONDAM au titre du ministre des comptes.
- [88] En revanche, la construction même de l'Ondam médico-social diverge d'une budgétisation classique puisqu'elle s'appuie essentiellement sur l'Ondam voté lors de l'exercice précédent indépendamment de la réalisation de la dépense et des excédents éventuellement constatés.
- [89] Ceci est d'autant plus problématique que l'Ondam médico-social a une nature spécifique. Alors que l'ONDAM constitue un outil de suivi et de régulation des dépenses d'assurance maladie, l'Ondam médico-social est une « contribution » de l'assurance maladie. Il s'agit à la fois d'une enveloppe limitative mais aussi d'un montant dû par l'assurance maladie à la CNSA que celui-ci soit ou non consommé dans sa totalité.

1.2.2.4. Une information du Parlement moins explicite que pour les autres domaines de l'ONDAM

- [90] En raison de la nature de « contribution » de l'Ondam médico-social et du statut particulier de la CNSA (Cf. supra), le législateur organique a souhaité que, dans cette spécificité, la CNSA relève du champ des LFSS, sans pour autant que l'intégralité de ses dépenses et de ses recettes ne puisse être retracée en leur sein, car cela serait contraire au champ limité à la « sécurité sociale » des LFSS.
- [91] Ainsi, au-delà de l'Ondam médico-social, le budget de la CNSA donne lieu à des développements : en LFSS ses comptes sont présentés de manière détaillée dans une annexe particulière (Annexe 8 du PLFSS) et elle fait l'objet « d'un programme de qualité et d'efficacité ». Enfin la CNSA est tenue de fournir tous éléments nécessaires à la réalisation des éléments présentés en LFSS en application des dispositions de l'article LO. 111-5-1 CSS.

1.2.3. L'Objectif Global de Dépenses

- [92] L'OGD est l'agrégat représentant le montant des autorisations de dépenses de soins des ESMS PA et PH. Il est égal à la somme de l'Ondam médico-social et de l'apport de la CNSA qui inclut une quote-part de la CSA et un éventuel abondement d'une part des excédents antérieurs de la Caisse résultant de la sous-consommation de l'OGD.

- [93] La construction de l'OGD suit en tout point celle de l'Ondam médico-social. Tout comme ce dernier, il ne relève pas d'un mécanisme classique de prévision budgétaire s'appuyant d'une part sur le montant des dépenses effectives de l'exercice antérieur et d'autre part sur le montant des autorisations d'engagements devant faire l'objet d'un paiement en N+1.
- [94] La construction de l'OGD est réalisée par les mêmes acteurs, parallèlement à la préparation de l'Ondam médico-social. Les décisions prises en matière d'opérations de rebasage, de transferts, de mesures de reconduction et de mesures nouvelles appliquées à l'Ondam médico-social sont reproduites à l'identique pour l'OGD.
- [95] Ainsi, la base de l'OGD N+1 est l'OGD déterminé en N, soit les « objectifs » de l'année antérieure, le niveau de dépenses prévues et votées en année N, sans qu'il puisse être tenu compte de la réalité des places créées et des dépenses effectuées en N³⁴. Cette base n'est pas davantage construite à partir des prévisions de réalisations. C'est à partir de cette base théorique qu'à l'instar de l'élaboration de l'Ondam médico-social les opérations suivantes sont ajoutées ou retirées de la base :
- Les mesures de rebasage ou débasage
 - Les transferts d'enveloppes et opérations de fongibilité
 - Calcul du montant des mesures de reconduction actualisées
 - Calcul du montant actualisé des Extensions en Années Pleines (EAP) des mesures nouvelles mises en œuvre en N-1 sur x mois
 - La détermination des mesures nouvelles.
- [96] L'OGD étant la somme de l'Ondam médico-social et de la CSA, les montants de ces diverses mesures sont imputés pour partie sur la contribution de l'assurance maladie et pour partie sur les recettes prévisionnelles de CSA.
- [97] Ainsi, au titre de l'année 2009, la construction parallèle de l'Ondam médico-social et de l'OGD tenant compte du montant prévisionnel des recettes de CSA conduisait à la répartition des différentes opérations indiquée dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 2 : Construction de l'OGD 2009 pour le secteur des personnes âgées

En millions d'euros	Ondam médico-social PA	Apport CNSA	OGD
Base 2008	5.523	1.089	6.612
Rebasage	155	-	155
Opérations de transfert	260	-	260
Base après fongibilité	5.938	1.089	7.027
Mesures nouvelles ou apport supplémentaire	480	86	566
Montants arrêtés pour l'exercice 2009	6.418	1.175	7.593

Source : LFSS 2009 - CNSA - Chiffres travaillés par la mission

³⁴ Comme l'indiquait déjà le rapport annuel de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale de septembre 2008 « Ni la CNSA, ni les administrations centrales ne connaissent d'ailleurs le montant des dépenses effectives des ESMS, faute de remontée des comptes financiers »

Tableau 3 : Construction de l'OGD 2009 pour le secteur des personnes handicapées

En millions d'euros	Ondam médico-social PA	Apport CNSA	OGD
Base 2008	7.376	278	7.654
Rebasage	-	-	-
Opérations de transfert	8	-	8
Base après fongibilité	7.384	278	7.662
Mesures nouvelles ou apport supplémentaire	343	5	348
Montants arrêtés pour l'exercice 2009	7.727	283	8.010

Source : LFSS 2009 - CNSA - Chiffres travaillés par la mission

- [98] Les modalités de construction tant de l'OGD que de l'Ondam médico-social ont abouti à une progression volontariste des montants de ces agrégats, en moyenne entre 2004 et 2009 de +6,7% pour l'Ondam médico-social et de +8,25% pour l'OGD alors que l'ONDAM progressait en moyenne sur la même période de +4,3% (Cf. Annexe 7 relative à l'évolution de l'ONDAM, de l'Ondam médico-social et de l'OGD pour la période 2004-2009).

1.2.4. L'agrégat « dépenses encadrées » ou « dépenses autorisées »

- [99] Les dépenses encadrées forment un agrégat de la dépense médico-sociale de nature juridique, dont le montant est plus élevé que celui de l'OGD afin de prendre en compte les recettes dites atténuatives des ESMS. En effet, les ESMS sont susceptibles de percevoir des ressources « soins » propres (ex : les forfaits journaliers) qui s'ajoutent à la dotation ou au prix de journée fixés sur la base de l'OGD. Plus simplement le tarif « soins » d'un ESMS est égal à la somme de la dotation qui lui est allouée sur la base de l'OGD et de ses recettes propres (forfaits journaliers), cette somme correspondant à la dépense totale de soins de l'établissement devant être réglée dans le cadre de la « dépense encadrée ».
- [100] En application de l'article L.314-3 CASF³⁵, le montant annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations de soins des ESMS pour personnes âgées et personnes handicapées est fixé par les ministres compétents sur la base de l'OGD.
- [101] Ce montant annuel des dépenses de soins [i.e des établissements] fixé par le même arrêté interministériel qui définit les montants de l'Ondam médico-social et de l'OGD est un troisième agrégat dénommé « dépenses encadrées » (DE) ou « dépenses autorisées ». Les ressources propres des ESMS, n'ayant jamais fait l'objet d'un suivi particulier sont estimées sur une base historique. Le montant des dépenses encadrées est ainsi déterminé forfaitairement par application au montant de l'OGD d'un coefficient multiplicateur inchangé depuis 2006 : il est de 1,024 pour le secteur des PH et de 1,016 pour le secteur des PA. Le montant des DE était ainsi pour 2009 de 15.861M€ pour les PA et 8.189M€ pour les PH, soit 259M€ de plus que l'OGD arrêté (15.602M€).
- [102] Ces dépenses encadrées auraient dû constituer pour les DDASS et les DRASS un plafond pour la dépense totale de soins y compris les recettes propres des ESMS tels que les forfaits journaliers, certains n'étant pas considérés comme un produit de la tarification intégré dans le tarif alloué sur la base de l'OGD.
- [103] Or cette distinction entre « dépenses encadrées » et « OGD » n'est pas toujours bien interprétée par les services déconcentrés.

³⁵ Dernier alinéa du I de l'article L.314-3 CASF

- [104] En effet, en application du II de l'article L.314-3 du CASF, la répartition des crédits médico-sociaux doit être réalisée sur la base de cet agrégat « dépenses encadrées » et non sur la base de l'OGD³⁶. Des difficultés d'interprétation sont apparues car il n'a pas été clairement indiqué aux DDASS en charge des campagnes tarifaires que les crédits qui leur étaient alloués relevaient de dépenses encadrées prenant en compte les ressources propres des ESMS et non de crédits OGD³⁷.
- [105] De fait, depuis 2006, certaines DDASS considèrent que le montant des enveloppes qui leur sont notifiées par la Caisse relève de l'OGD et non des dépenses encadrées. Pour les services, la totalité de ces crédits doit donc être répartie entre les ESMS dans le cadre de la tarification. Les DDASS ont ainsi eu la possibilité de consommer chaque année un montant de crédits supérieur de 2% au montant de l'OGD, ce qui a eu des conséquences financières en raison de la pratique d'affectation systématique des crédits libres d'emploi ou jugés comme tels par les services déconcentrés.
- [106] Il est vrai que les modifications régulières de la réglementation relative aux forfaits journaliers hospitaliers (FJH) ont ajouté à la confusion en la matière et provoqué une forte hétérogénéité des pratiques au niveau local. A titre d'exemple, le forfait journalier « enfants » dans le secteur des PH était considéré avant 2007 comme un produit de la tarification et compris à ce titre dans le tarif OGD. De 2007 à 2009, ce forfait journalier a été « sorti » de la tarification OGD « considérant qu'il ne s'agissait pas d'un produit résultant d'une tarification dite administrée mais qu'il constituait un produit correspondant à une participation forfaitaire de l'usager au coût de son hébergement »³⁸. Mais les arrêtés interministériels annuels fixant depuis 2007 les montants de l'OGD et des dépenses encadrées n'ont pas tenu compte de ces modifications de la réglementation tarifaire. Ainsi, le « déclassé » du forfait journalier pris en charge par l'Assurance maladie n'a pas entraîné de diminution du montant national des dépenses encadrées ni des enveloppes notifiées aux DDASS, l'Assurance maladie a en quelque sorte, versé ce forfait deux fois durant cette période.
- [107] Les DDASS ont bénéficié de crédits disponibles supplémentaires que certaines ont utilisé pour accélérer la contractualisation dans le secteur des PH ou encore pour rebaser certains ESMS, encouragés en cela par la circulaire DGAS/DSS du 4 mars 2009 recommandant aux DDASS d'utiliser les crédits dégagés sur le secteur PH « adultes » pour le développement des CPOM. En revanche, concernant le secteur PH « enfants », la circulaire est venue corriger l'erreur et le forfait journalier enfant est désormais fusionné avec le prix de journée pris en charge par l'OGD³⁹. L'arrêté interministériel du 20 mars 2009 fixant l'OGD et la dépense encadrée n'a pour autant pas pris en compte les conséquences de la nouvelle réglementation.
- [108] L'incidence de cette erreur pas la même portée selon les secteurs. Elle a été forte pour le secteur des PH adultes où le forfait journalier tient une place importante. Elle a été moindre pour le secteur des PA où les ESMS fonctionnent sur la base de dotations globales et ne perçoivent que très peu de ressource annexe.
- [109] La sous-consommation globale de l'OGD a pu masquer les effets de ces erreurs d'interprétation et de cette ambiguïté quant à la nature des crédits notifiés aux DDASS. Pour le seul secteur des PH, cette erreur porte sur 179M€ alors qu'il connaît une surconsommation régulière de ses crédits. Ceci a permis à la mission de mettre en évidence l'existence d'une impasse de financement sur ce secteur, à l'issue de l'enquête menée auprès des DDASS.

³⁶ « Le montant annuel mentionné au dernier alinéa du I ainsi que le montant des dotations prévues au troisième alinéa de l'article L.312-5-2 sont répartis par la CNSA en dotations régionales limitatives »

³⁷ Cette distinction n'est explicitée ni par les circulaires conjointes de la DGAS/DSS ni dans les lettres de notification des crédits de la CNSA, explication qui ne paraissait peut être pas utile par le niveau central compte tenu des dispositions législatives et réglementaires les définissant.

³⁸ Arrêté DGAS du 9 juillet 2007 modifiant l'annexe I de l'arrêté du 22 octobre 2003 fixant le modèle de cadre budgétaire normalisé des ESMS

³⁹ Circulaire DGAS/DSS du 4 mars 2009

1.2.5. L'arrêté interministériel de fixation de l'OGD et des agrégats qui y sont associés

[110] Sur la base des dispositions de la LFSS concernant l'Ondam médico-social et des décisions du Conseil de la CNSA, est préparé un arrêté qui définit le montant des crédits qui seront mis en œuvre durant l'exercice concerné. La LFSS pour 2009 a été promulguée le 17 décembre 2008 fixant les deux sous-objectifs de l'Ondam médico-social. De son côté, le Conseil de la CNSA du 14 novembre 2009 a fixé le montant prévisionnel des recettes de CSA et a décidé d'un prélèvement sur les réserves à hauteur de 322M€ en apport à la construction de l'OGD.

[111] L'arrêté du 20 mars 2009 (JORF du 28 mars 2009) a ainsi fixé :

- a) la contribution des régimes d'assurance maladie pour chaque secteur (PA et PH), soit l'Ondam médico-social à hauteur de 14.144M€ (art.1er de l'arrêté susvisé) ;
- b) le montant de l'OGD pour chaque secteur pour un montant global de 15.602M€ (art.2 de l'arrêté susvisé) ;
- c) le montant total des dépenses encadrées pour 15.860M€ (art.3 de l'arrêté susvisé).

Ainsi pour l'exercice 2009, l'OGD est en augmentation de 9,4% par rapport à 2008 et les différents agrégats participant au financement des établissements et services médico-sociaux se décomposent comme suit :

Exercice 2009 en M€	Ondam médico-social	Apport CNSA (CSA)	OGD	Dépenses encadrées (DE)
PA	6.417		7.592	7.670
PH	7.727		8.010	8.190
TOTAL PA+PH	14.144	1.458	15.602	15.860

Source : Arrêté interministériel du 20 mars 2009 (JO du 28 mars 2009) –

1.3. La répartition par la CNSA du montant total des dépenses de soins sous forme de dotations régionales et départementales limitatives

[112] Conformément aux dispositions de l'article L314-3 du CASF et après constitution d'une « réserve nationale » de crédits gérée au niveau central⁴⁰, la CNSA assure la répartition des dépenses annuelles de soins des ESMS en dotations régionales limitatives et fixe sur proposition des préfets de région la répartition de ces dotations régionales en dotations départementales limitatives. Les différentes étapes de cette procédure de répartition ont été exposées supra au 1.2.1.

[113] La CNSA répartit ainsi les crédits médico-sociaux à travers une procédure qui est différente selon qu'il s'agit du financement des dépenses de fonctionnement des établissements ou du soutien à l'investissement dans le cadre du programme annuel d'aide à l'investissement (PAI).

[114] S'agissant des crédits de fonctionnement, la DGAS et la DSS ont notifié, par circulaire du 13/02/09, aux DRASS et DDASS et pour information aux ARH, les orientations à mettre en œuvre en 2009. Parallèlement, le même jour, le directeur de la CNSA a notifié aux préfets de région et de départements, les dotations départementales limitatives de crédits de fonctionnement et les enveloppes anticipées⁴¹ pour 2010, 2011 et 2012.

⁴⁰ Les montants de « réserve nationale » sont de 29,7 M€ en 2007 et de 34,6 M€ en 2008. Pour 2009, le montant provisoire de la réserve nationale était estimée à 29,2 M€ (12 M€ pour les PA et 17,2 M€ pour les PH - Source : chiffres CNSA – Direction ESMS).

⁴¹ Le mécanisme des enveloppes anticipées consiste à ajouter aux enveloppes nationales de créations de places nouvelles qui peuvent être dépensées au titre de l'exercice en cours sous le plafond voté par le Parlement, des enveloppes

[115] S'agissant des crédits d'investissement, les dotations de PAI ont été notifiées aux préfets de régions par lettre de la CNSA.

1.3.1. Les orientations générales pour l'allocation de ressources notifiées par la circulaire DGAS/DSS du 13 février 2009

[116] La circulaire fixe des orientations pour la réalisation des plans du domaine médico-social ainsi que les normes et les outils à mettre en œuvre pour l'allocation de ressources aux établissements.

[117] Pour les premières, la circulaire rappelle les principales actions des différents plans ou programmes du secteur médico-social déjà évoqués plus haut (voir chapitre 1.2.2.1) et les objectifs quantifiés des tranches annuelles de ces plans dont le financement sera assuré en 2009 sans que soit précisée leur déclinaison territoriale.

[118] Pour ce qui concerne les normes à respecter dans l'allocation de ressources aux établissements, la circulaire contient des préconisations dans trois domaines :

- a) L'utilisation des enveloppes anticipées coordonnées avec le volet PA-PH du plan de relance de l'économie,
- b) La politique d'aide à l'investissement à la fois sur le plan national (le PAI) et sur le plan local, les crédits non reconductibles (CNR),
- c) Les conditions de mise en œuvre des procédures d'autorisation dans la perspective des nouvelles procédures prévues par la loi HPST.

[119] La circulaire précise aussi les conditions d'évolution du cadre de fixation des tarifs (mis en œuvre de la convergence tarifaire, globalisation des enveloppes et poursuite de la politique de contractualisation).

[120] Enfin, elle indique les taux d'actualisation qui ont servi au calcul des enveloppes notifiées aux services pour la part de reconduction et d'extension en année pleine des mesures nouvelles de l'année précédente : 2% en 2009 autorisant un taux moyen de revalorisation de 1,6% des dépenses salariales des établissements) afin que les services déconcentrés puissent les appliquer aux budgets des ESMS.

1.3.2. La fixation des dotations départementales limitatives

1.3.2.1. La notification des dotations

[121] Les dotations régionales et départementales pour 2009 et les dotations régionales anticipées pour 2010, 2011 et 2012 sont notifiées par la CNSA aux préfets de régions et de départements, notification qui comporte, outre des tableaux identifiant les dotations en question, des annexes explicatives générale et/ou spécifiques à la région destinataire, sur les bases de calcul. Il s'agit notamment d'éléments concernant :

- les bases départementales de référence pour 2009. Comme le précise l'annexe 1 des lettres de notification, elles sont calculées à partir des dotations régionales et départementales fixées par décision du directeur de la CNSA en date du 11 décembre 2008 déflatées des

« d'anticipation » au titre des trois années à venir depuis l'année 2009. Ces EA ne peuvent faire l'objet d'aucune dépense effective (l'établissement ne peut pas commencer à fonctionner), mais peuvent faire l'objet d'un engagement administratif (l'établissement peut recevoir une autorisation d'ouverture, qui est une autorisation ferme). Ce mécanisme a pour objectif d'accroître sensiblement le volume des places susceptibles d'être immédiatement autorisées sans pour autant immobiliser les crédits et d'augmenter ainsi la capacité de programmation des DDASS sur plusieurs exercices. Les montants des EA pour les trois années suivant l'exercice en cours sont déterminés dans l'arrêté interministériel fixant l'Ondam, l'OGD et les dépenses encadrées (Cf. 3.3)

moyens attribués de manière non reductible en 2008 (les crédits pour les formations aux référentiel PATHOS ainsi que le financement des CLACT).

- les éléments concernant les opérations de transfert d'enveloppes : les dotations sont définies en prenant en compte les transferts entre les différents sous-objectifs de l'ONDAM et notamment les transferts de crédits en provenance de l'ONDAM-USLD suite aux opérations de partition des USLD.

1.3.2.2. Les crédits de reconduction

- [122] Les taux d'actualisation (en 2009 +2% pour l'agrégat masse salariale et + 1,6% pour les autres dépenses de fonctionnement) sont définis au niveau national sous l'égide de la DSS et de la DGAS. Outre les taux de revalorisation, le calcul des dotations intègre aussi les objectifs de convergence tarifaire pour les établissements accueillant des personnes âgées, c'est-à-dire qu'il prévoit le montant d'économies à réaliser pour que les dotations des établissements convergent. La LFSS 2009 (article 43), et l'arrêté du 26 février 2009, prévoient une convergence vers le tarif plafond sur sept exercices, de 2010 à 2016, qui pourra pour certains EHPAD se traduire à termes par une diminution de leur dotation. Au titre de l'exercice 2009, la dotation prend pour l'instant en compte les dépassements pour les EPHAD qui se situent au dessus des plafonds définis par arrêté ministériel. Pour ces établissements qui dépassent le plafond, un taux maximal de progression a été fixé, pour l'exercice 2009, à + 0,5%.

1.3.2.3. Les crédits de mesures nouvelles

- [123] La répartition des mesures nouvelles de création des places se fait dans le cadre de la procédure PRIAC.
- [124] La répartition des crédits de médicalisation est déterminée par :
- les évolutions des règles de financement dans le champ couvert comme la réintégration des dispositifs médicaux dans les forfaits soins des EPHAD et des hébergements temporaires ou l'expérimentation de la prise en charge des médicaments dans les EPHAD non pourvus d'une pharmacie à usage intérieur (PUI),
 - les financements nécessaires, pour chaque département, à la prise en charge de la tarification au GMPS dite « pathos ». Les conditions de calcul du nombre de place à « pathosifier » pour chaque année et chaque département et du coût moyen de la place ont déjà été évoquées. Les valeurs de point sont différenciées selon que le tarif est global ou partiel avec ou sans PUI. Les cibles en volume de place sont définies à partir des tranches annuelles du PSGA et après prise en compte des réalisations des années antérieures telles qu'elles sont connues à travers le système d'information SAISEPHAD qui enregistre les places pathosifiées et les conventions correspondantes.
- [125] Les cibles ont été définies de manière volontariste. Ainsi, pour 2009, il était fixé un objectif de 98.805 places à pathosifier auxquelles s'ajoutaient 96.438 places au titre du reliquat non effectué des années 2006-2008⁴².

⁴² Il convient de rappeler que le rythme d'entrée dans la tarification au GMPS a été fixé par la circulaire ministérielle du 6 avril 2007. Il s'agit en priorité des établissements : disposant d'un niveau moyen de dépendance élevée caractérisée par un GIR moyen pondéré supérieur à 800, renouvelant leur convention tripartite, ayant fait le choix de l'option tarifaire globale.

- [126] Ce système de budgétisation très forfaitaire ne permet pas de prendre en compte les difficultés et donc les retards à la pathosification qui découlent des conditions concrètes de la mise en œuvre de la démarche par les établissements, les services de l'Etat et ceux de l'Assurance Maladie. Par exception aux autres crédits et afin de prendre en compte l'impossibilité de prévoir en amont le coût réel de la pathosification, les crédits concernés ne sont plus délégués en bloc par la CNSA dès le mois de février mais donnent lieu à une délégation complémentaire « sur facture » au vu des besoins financiers réels des services.
- [127] Par ailleurs, les dotations intègrent pour des montants mineurs les actions de formation, de restructuration et les crédits de contractualisation.

1.3.3. Les dotations de mesures nouvelles pour les créations de place : la procédure PRIAC

- [128] Les crédits de mesures nouvelles, dont le montant global est défini à partir du chiffrage des besoins correspondant aux tranches annuelles des plans pluriannuels qui encadrent l'action de l'Etat et de l'Assurance maladie, sont répartis entre les régions et les départements à travers une procédure spécifique. En application de la loi du 11 février 2005 la CNSA a mis en place un outil de programmation pluriannuel, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, le PRIAC⁴³.

1.3.3.1. La procédure PRIAC

- [129] La mission s'est appuyée sur les constats établis dans les régions et départements dans lesquels elle s'est rendue mais aussi sur le rapport de l'IGAS portant sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC⁴⁴.
- [130] Le PRIAC est un document arrêté par le Préfet de région et actualisé chaque année pour la fin avril, qui dresse, pour une période de 5 ans⁴⁵, les priorités interdépartementales en termes de créations, d'extensions ou de transformations d'établissements et services médico-sociaux. Les PRIAC sont établis sur la base des schémas départementaux d'organisation sociale médico-sociale (SDOSMS)⁴⁶.
- [131] Le PRIAC est préparé et notifié dans un cadre normalisé défini par la CNSA et appliqué par la totalité des régions. Ce cadre, relativement complexe, fait apparaître par catégorie d'ESMS, puis par département et par année les créations de place en volume sans identification des projets correspondant et de leurs coûts prévisionnels. Ces précisions complémentaires figurent dans des documents internes aux services qui constituent le véritable cadre de pilotage des projets.
- [132] Le PRIAC constitue la deuxième des quatre étapes de la création de places nouvelles :
- Les besoins sont exprimés au niveau départemental, au travers des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOMS) en vigueur,
 - A travers la procédure PRIAC, la CNSA notifie aux préfets de région et de département des crédits qui correspondent aux places financées. Concrètement l'autorisation budgétaire ainsi notifiée se traduit par une affectation de crédits dans le cadre de la dotation départementale de l'année.
 - Sur la base de cette autorisation budgétaire, le préfet de département autorise, le cas échéant conjointement avec le président du conseil général après avis du CROSMS, la

⁴³ Article 58-1 de la loi du 11 février 2005 (CASF, art L 312 -5-1)

⁴⁴ Rapport Igas RM 2008 -145P « Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC »

⁴⁵ La durée initiale des premiers PRIAC (2007 2009) était de 3 ans elle a été portée à cinq ans en 2007

⁴⁶ Cf. Article L312-5 du CASF

création de places nouvelles, sur la base de projets présentés par les personnes physiques ou morales qui sont susceptible d'en assurer la gestion (porteurs de projets),

- A l'issue de la phase de mise en œuvre du projet (et donc le plus souvent d'une phase de gestion d'un projet immobilier et des travaux correspondants au cours des années N+ 1 et N+2), les établissements sont effectivement ouverts avec les autorisations requises.

1.3.3.2. L'allocation des crédits de mesures nouvelles sur la base du PRIAC

[133] Le PRIAC se construit en deux étapes.

1. La fixation et la notification des dotations régionales et départementales de mesures nouvelles.

[134] L'article L 314-3 du CASF définit les conditions de fixations des dotations : « le montant de ces dotations régionales est fixé chaque année par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des besoins le population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation entre régions ».

[135] Après une mise en réserve au niveau national d'environ 10% des crédits, le solde est réparti entre les régions et les départements sur la base de critères qui sont spécifiques suivant les secteurs.

[136] Pour les personnes âgées, trois critères servent à la répartition :

- a) l'euro par habitant (en intégrant le coût des actes infirmiers de soignants destinés aux personnes âgées de plus de 75 ans et le montant des enveloppes dédiées aux unités de soins de longue durée (USLD,) pour 50% de l'enveloppe ;
- b) la population âgée de plus de 75 ans (recensée en 2004 et pondérée des extrapolations à 2015) pour 40% de l'enveloppe ;
- c) le taux d'équipement (comprenant l'ensemble des services et établissements médicalisés ou non dont les USLD) pour 10% de l'enveloppe.

[137] Pour les personnes handicapées, les critères sont :

- a) la population âgée de moins de 20 ans pour l'enfance ou de 20 à 59 ans pour les adultes pour 50% de l'enveloppe ;
- b) le taux d'équipement global (établissements et services) pour 30% de l'enveloppe ;
- c) le prorata des projets en attente de financement pour 20% de l'enveloppe.

[138] Pour 2009, les dotations régionales et départementales ont été notifiées, comme les années précédentes, le 15 février.

[139] Préalablement à la notification des dotations de mesures nouvelles, des réunions sont organisées avec les CTRI de chaque région. Ces réunions permettent des échanges mais sans que ceux-ci aient des conséquences systématiques sur la procédure PRIAC. En effet, le calcul de la dotation ne prend pas toujours en compte ni les résultats de l'action passée, ni une évaluation des besoins à partir d'une approche territoriale.

[140] Compte tenu des critères de répartition retenus, la part relative des différents départements varient peu d'une année sur l'autre. Au final chaque région et département recouvre à peu de choses près la dotation de l'année précédente augmentée du taux d'évolution d'ensemble de l'OGD.

2. La préparation par les services territoriaux de propositions pour l'utilisation des enveloppes et la remontée à la CNSA via le préfet de régions de ces propositions

[141] Dès la réception de la notification des dotations, les services des DRASS et des DDASS engagent un processus de concertation en interne avec les DDASS et avec les Conseils généraux. Puis, après passage en CTRI et en CAR, ils transmettent via le préfet de région leur position à la CNSA. Les demandes éventuelles de modifications sont limitées par le fait qu'il n'y a pas de fongibilité possible entre le champ du handicap et celui des personnes âgées. Elles ne concernent que des redéploiements géographiques ou thématiques.

[142] Dans la pratique, les marges de manœuvre sont assez limitées car les préfets de département sont destinataires des notifications. Ils ont donc connaissance de la répartition des enveloppes qui leur sont notifiées et sont peu enclins à les voir remises en cause. Quant aux redéploiements thématiques, ils sont difficiles à élaborer sans mettre en cause les plans nationaux compte tenu du degré de précision de ces derniers.

[143] L'intérêt de cette phase de concertation est variable d'une région à l'autre. Pour ce qui concerne les régions dans lesquelles la mission s'est rendue, la situation diffère très nettement entre des régions comme l'Ile de France où la contribution de la DRASS à cette phase de la procédure était faible et des régions comme le Nord Pas-de-Calais ou le Centre où les DRASS étaient très impliquées dans le suivi de cette étape de la procédure. Dans certaines régions comme la région PACA, la DRASS apportait un appui méthodologique en amont de la procédure permettant aux services de disposer d'outils d'analyse précis des besoins au niveau territorial.

1.3.4. La répartition des crédits de soutien à l'investissement

[144] Depuis son origine, la CNSA assure une mission de soutien à l'investissement des ESMS. Elle le fait de deux manières : au niveau national, à travers le financement des plans d'aide à la modernisation (PAM) pour 2006 et 2007 puis des plans d'aide à l'investissement (PAI) pour 2008 et 2009 ; au niveau local, à travers les « crédits non reconductibles » (CNR) qui seront évoqués plus loin.

1.3.4.1. Objectifs et moyens affectés au soutien à l'investissement

[145] A partir de 2005, des crédits ont été dégagés sur les excédents de gestion pour financer la rénovation du parc d'hébergement et d'accueil, c'est-à-dire la mise aux normes techniques, des opérations de réhabilitation et de construction et plus généralement toute opération visant à adapter des locaux pour une meilleure qualité de services.

[146] Pour les EPHAD, les financements apportés par la CNSA ont vocation à créer un effet de levier et donc doivent permettre de réduire l'impact des opérations d'investissement sur les coûts de séjour et donc sur le reste à charge des résidents ou de leur famille.

[147] Après deux plans exceptionnels en 2006 et 2007, le soutien à l'investissement est devenu une mission pérenne. L'article 69 de la LFSS pour 2008 contient une disposition par laquelle la CNSA est en charge à titre permanent du soutien à l'investissement « pour la mise aux normes techniques et de sécurité, la modernisation des locaux en fonctionnement, ainsi que pour la création de places nouvelles ». Elle a ainsi également ouvert le périmètre d'éligibilité aux créations de places nouvelles qui étaient auparavant hors champ des plans d'aide à la modernisation. Pour 2008, l'aide à la création de places nouvelles était réservée aux extensions de capacités incluses dans un projet global de rénovation, ainsi qu'à la création des places alternatives à l'hébergement permanent.

[148] Au total, c'est 982 M€ de subventions qui ont été engagées sur la période 2006-2008 pour un montant de 5,5 Mds€ de travaux. En 2009, le montant des crédits de soutien à l'investissement a été accru. Lors de ses séances de novembre 2008 et de février 2009, le Conseil de la CNSA a décidé de consacrer 330 M€ au PAI 2009 :

- 230 M€ voté dans le budget initial (conseil d'administration du 14 novembre 2008)
- 30 M€ au titre de la reprise par la CNSA des engagements de l'Etat pris dans le cadre des contrats de plans Etats- Régions (CPER) 2007-2013
- 70 M€ au titre du le plan de relance de l'économie

1.3.4.2. Les procédures de gestion des programmes d'investissement

[149] Chaque tranche annuelle d'aide à l'investissement fait l'objet d'un arrêté interministériel spécifique qui en fixe le montant et les conditions d'exécution. La procédure de gestion du PAI est centralisée car il s'agit de crédits non consommés et réaffectés directement par la CNSA. Les enveloppes du PAI sont ainsi notifiées par la CNSA aux préfets de région après l'arrêté des comptes de l'année N-1 qui permet le transfert des excédents de la section I destinés à financer le PAI de l'année N, donc en avril-mai de l'année N. Sur cette base, le préfet de région élabore un programme d'opérations qu'il transmet à la CNSA. La Caisse notifie en retour les opérations retenues.

[150] Au niveau régional, les dossiers sont suivis au plan technique par l'ingénieur régional de l'équipement (IRE) placé auprès du DRASS, sachant que certains postes d'IRE ne sont pas pourvus. Les procédures d'engagement et de paiement sont effectuées au niveau de la CNSA. Un groupe technique a été constitué au niveau central pour assurer l'animation du réseau des correspondants PAI dans les DRASS. Des réunions sont intervenues à plusieurs reprises en 2008 et des guides sont élaborés à destination du réseau mais aussi des maîtres d'ouvrage.

1.4. L'allocation des crédits médico-sociaux aux ESMS au travers de la campagne tarifaire

[151] Les DDASS se voient notifier par la CNSA leur enveloppe. Pour illustrer le propos sur le travail incombant aux services déconcentrés, il a été choisi de présenter les documents de travail du département de la Charente pour les EHPAD, les Maisons de retraite et les SSIAD sur l'année 2008. Les documents détaillés sont joints en annexe 9. Figure également en annexe 9 un tableau de synthèse présentant les différents modes de tarification des ESMS PA et PH.

Tableau 4 : Détails de l'enveloppe 2008 notifiée à la DDASS Charente

BASE CNSA	40 606 458,00
DEBASAGE CNR 2007 (crédits ssiad renforcé - Pathos - CLACT)	-625 475,00
TRANSFERT ENVELOPPES CREDITS	446 077,00
TRANSFERT ENVELOPPES DEBASAGE	-417 078,00
SOLDE PARTITION USLD	1 521 531,00
EAP MESURES NOUVELLES 2007 *	442 845,00
BASE CNSA AU 01/01/2008	41 974 358,00
RECONDUCTION SALARIALE (2,15 %)	839 277,00
EFFET PRIX (1,6%)	47 011,00
CLACT 2007 - 2008 N R + RELIQUAT REGION	57 402,00
SOUS TOTAL RECONDUCTION	42 918 048,00
EAP 2008 CONVENTIONNEMENT INITIAL ET ACTUALISATION GMP	1 192 665,00
MESURES NOUVELLES 2008 SAISEHPAD	583 929,00

EAP 2008 CREDITS PATHOS	
MESURES NOUVELLES 2008 PATHOS (notifications sur factures)	
CREDITS FORMATIONS PATHOS NR	8 177,00
SOUS-TOTAL CREDITS MEDICALISATION	1 784 771,00
CREDITS REBASAGE ACCUEIL JOUR FORFAIT TRANSPORT	119 700,00
MESURES NOUVELLES CREATIONS DE PLACES	1 046 688,00
AJUSTEMENT BASE SSIAD SANTE SERVICE	400 000,00
MESURES NOUVELLES PATHOS	933 301,00
TOTAL ENVELOPPE NOTIFIEE 2008	48 336 270,00

[152] Le premier travail des services déconcentrés consiste à appliquer les facteurs d'évolution fixés au niveau central pour déterminer et faire « rentrer » le budget de leurs établissements dans l'enveloppe de base. Le tableau de synthèse présenté ci-dessous est le résultat d'un travail établissement par établissement, la DDASS confrontant les moyens disponibles et les demandes des établissements.

[153] Ces différents éléments permettent aux services d'établir l'arrêté de tarification pour chacun des établissements qui ne concerne que les crédits qui seront effectivement consommés au cours de l'année. Compte tenu de la date de notification en février-mars depuis 2009, l'élaboration des arrêtés tarifaires n'intervient formellement qu'à la fin du premier semestre de l'exercice en cours.

Tableau 5 : Détails des montants tarifés 2008 de la DDASS Charente

EMPLOI DES CREDITS – TARIFICATION	
TOTAL BASES RECONDUCTIBLES FIN 2007	34 215 249,61
EAP CONVENTIONS SIGNEES EN 2007	322 953,85
TRANSFERTS ENVELOPPES	1 550 530,00
TOTAL BASE AU 1ER JANVIER 2008	36 088 733,46
RECONDUCTION GENERALE 2008 - 2,10 %	757 863,40
CONVENTIONS SIGNEES EN 2008 (AU 1/01 OU EN COURS D'ANNEE)	558 663,11
CREDITS PATHOS - RENOUELEMENT DE CONVENTIONS	1 795 935,25
CREDITS ALZHEIMER - AJ et HT	25 125,00
CREDITS AUGMENTATION GMP – GMPS	224 916,88
MESURES NOUVELLES 2008	1 214 112,07
INTEGRATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX	1 163 742,50
TOTAL TARIFE ESMS 2008	41 829 091,68

[154] Pour le département de la Charente en 2008, on peut constater que le total des crédits ainsi affectés est inférieur de 6,5M€ au montant de l'enveloppe notifiée.

[155] En application des directives reçus du niveau central, les services affectent ces crédits disponibles à des opérations dites non reconductibles. La part de l'enveloppe de crédits disponibles après imputation des Crédits Non Reconductibles (« CNR ») correspond à des crédits non affectables par les DDASS.

TOTAL ENVELOPPE 2008	48 336 270,00
RELIQUAT DISPONIBLE POUR LES CNR	6 507 178,32
CREDITS FORMATION	1 501 393,85
CREDITS REMPLACEMENTS	347 415,25
AUTRES (PRINCIPALEMENT FRAIS FINANCIERS)	1 724 084,62
TOTAL DES CNR	3 572 893,72
TOTAL DES CREDITS CONSOMMES EN 2008	45 401 985,40
RELIQUAT NON CONSOMME	2 934 284,60

- [156] Il reste que la logique présidant à la détermination des crédits non reconductibles présente de réelles insuffisances. Dans le cas où les éléments constitutifs de l'enveloppe notifiée par la CNSA sont erronés ou dans le cas d'une erreur des DDASS, elle conduit les services déconcentrés à affecter des crédits au-delà de l'enveloppe limitative. Dans la mesure où la caisse pivot n'effectue qu'un contrôle formel et ne peut vérifier la « disponibilité » réelle des crédits notifiés par l'arrêté, il n'existe pas de verrou au dispositif.
- [157] En revanche, la mission a été favorablement marquée par la très grande homogénéité des structures de fichiers construits par les DDASS pour organiser leur campagne tarifaire, ce qui pourrait servir de base à un système d'information partagé entre la CNSA et les services territoriaux.

1.5. Le circuit financier et comptable de l'OGD

1.5.1. Les circuits financiers

- [158] Au niveau macro économique, alors que la contribution de l'Assurance maladie à l'OGD ne donne pas lieu à un versement effectif mais à une simple écriture comptable au sein de la section 1 du budget de la CNSA, la Caisse verse par douzième aux régimes d'assurance maladie la fraction de la CSA finançant l'OGD.
- [159] Au niveau micro économique des ESMS, le paiement effectif des crédits médico-sociaux sous forme de dotations globales ou de prix de journée se fait via les caisses pivots d'assurance maladie⁴⁷ sur la base des arrêtés signés par le Préfet à l'issue de la campagne tarifaire. Les versements se font par douzième ajustés à la hausse ou à la baisse en cours d'année en fonction des termes financiers de la convention pour les ESMS sous régime de la dotation globale ou de la reprise des résultats (excédents ou déficits) pour les ESMS facturant au prix de journée. A la différence du secteur des PA, les prix de journée ne sont pas toujours payés en totalité aux ESMS-PH par la caisse pivot. C'est le cas pour le régime général pour lequel il y a une centralisation du paiement des PJ par la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement (et non pas paiement par chaque CPAM à laquelle sont affiliés les résidents). En revanche, pour les autres régimes, ce sont les caisses d'affiliation des résidents qui paient le prix de journée.
- [160] Le suivi des versements des caisses locales d'assurance-maladie est assuré à partir des remontées de l'Agence comptable de la CNAMTS. La réalisation de ce suivi implique un travail commun de la CNSA avec la CNAMTS pour collecter les données brutes, les corriger d'éventuelles approximations et erreurs d'imputations, les ventiler par départements, et les compléter des données d'autres régimes d'assurance maladie.

⁴⁷ Caisses dites caisses pivot, centralisant l'ensemble des paiements d'un même régime à un même établissement.

- [161] Il est à noter que les caisses pivots n'effectuent pas de contrôle des montants tarifés en regard des enveloppes départementales notifiées. Elles n'en ont d'ailleurs pas la faculté, les arrêtés étant pris par le Préfet, ni la possibilité n'étant pas destinataires des montants notifiés aux DDASS. Parallèlement les DDASS ne disposent d'aucune remontée relative aux versements qu'effectuent les caisses pivots. Le processus actuel combine ainsi deux circuits parallèles, l'un concernant la tarification sans autre contrôle que le contrôle de légalité et l'autre relatif au paiement du tarif arrêté. L'absence de contrôle des montants tarifés en regard des montants notifiés, de remontées des versements effectués par l'assurance maladie auprès des DDASS, et par la même d'une procédure d'alerte peut ainsi conduire à des dépassements d'enveloppe sans que la DDASS ou la caisse pivot et encore moins le niveau central ne soit en mesure de réagir.
- [162] En outre, il convient de rappeler que les modalités d'intervention des médecins de ville en EHPAD donnent lieu à facturation au titre de l'exercice libéral alors même qu'une partie de ces actes est déjà facturée dans le cadre de la convention tripartite⁴⁸, donnant ainsi lieu à une double prise en charge par l'assurance maladie d'un même acte médical. Le contrôle de ce que l'assurance maladie considère comme un double remboursement est difficile car il n'existe pas de suivi individuel de la dépense en soins de chacun des résidents des EHPAD. L'Assurance maladie a cependant renforcé le contrôle dans le secteur des personnes âgées comme a pu le constater la mission dans les différents départements qu'elle a visités, ainsi l'expérience menée par la CRAM du Nord Pas-de-Calais, confirmant ainsi les avancées dans ce domaine déjà notées par la Cour des Comptes dans son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale de juin 2009.
- [163] Ce n'est qu'en fin d'exercice que s'effectue la balance entre le montant arrêté de l'OGD et le montant des prestations versées par les caisses pivots agrégées au niveau national par la CNAMTS. Si les paiements des caisses des régimes d'assurance maladie se révèlent en fin d'année inférieurs au montant de l'OGD arrêté pour les dépenses de fonctionnement des ESMS, la totalité de la partie non consommée de l'OGD est isolée dans les comptes de la CNSA en vertu du principe de sanctuarisation des crédits médico-sociaux et vient abonder les excédents de la Caisse
- [164] A l'inverse, dans l'hypothèse où les versements de l'Assurance maladie se révéleraient supérieurs au montant de l'OGD arrêté, ce qui est tout à fait envisageable en théorie compte tenu de l'absence de contrôle et de procédure d'alerte, la CNSA devrait supporter dans ses comptes ce dépassement en application du I de l'article L.14-10-5 du CASF. Dans la pratique, cette dernière hypothèse apparaît théorique. Il est à penser que, dans ce cas, la CNSA ne pourrait que se retourner vers l'Etat et les régimes d'assurance-maladie.
- [165] En l'état actuel des textes, cette obligation faite à la CNSA de supporter le risque de dépassement de l'OGD légitime l'argumentaire de la Caisse en faveur de la constitution de réserves à partir des crédits qui lui sont délégués. Cette responsabilité de la CNSA d'équilibrer financièrement sa propre gestion lui est d'ailleurs spécifique, cette obligation ne se retrouvant ni à la CNAM ni à la CNAF.

1.5.2. Les circuits comptables

- [166] La CNSA en sa qualité d'établissement public à caractère administratif est dans l'obligation de tenir une comptabilité en droits constatés, retraçant pour un exercice donné, l'ensemble des recettes et des dépenses nées au cours de cette période.

⁴⁸ Pour les EPHAD en tarif global.

- [167] Les circuits comptables se relèvent complexes comme l'a montré à de multiples reprises la Cour des Comptes⁴⁹. Ces circuits ont notamment été examinés par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale (pages 73 à 78) en septembre 2008 et dans le cadre de son rapport 2008 sur la certification des comptes du régime général (page 72). Elle souligne le caractère « complexe et artificiel » du schéma de comptabilisation retenu.
- [168] En effet, en application de l'article L. 14-10-5 du CASF, la contribution de l'Assurance maladie est un produit dans le budget de la CNSA et une charge dans les comptes de l'Assurance maladie. Mais cette dernière voit aussi s'inscrire en charge les décaissements effectués par ses caisses pivots aux ESMS. A cet égard, la Cour des Comptes a souligné à diverses reprises⁵⁰ cette double comptabilisation artificielle de charges dans les comptes de la CNAMTS. Afin de neutraliser cette double comptabilisation, la CNAMTS doit inscrire dans ses comptes un produit correspondant au remboursement par la CNSA des dépenses effectuées par les CPAM ; ainsi la CNSA intègre en charge l'intégralité des dépenses constatées pour le fonctionnement des ESMS par les régimes d'assurance maladie et ce montant revient en produit dans les comptes de l'Assurance maladie équilibrant ainsi sa charge liée aux décaissements. Pour terminer sur ces écritures comptables croisées CNSA-CNAMTS, il est rappelé que le versement par douzième de la fraction de la CSA par la CNSA est comptabilisé en produit dans les comptes de l'Assurance maladie. (Cf. Annexe 110 relative à la comptabilisation des opérations CNSA- Assurance maladie)
- [169] Dans le cadre de l'arrêté des comptes de la CNSA, chaque régime d'assurance maladie notifie à la Caisse le montant de ses dépenses entrant dans le champ de financement de celle-ci, détaillé par type de population (personnes âgées ou handicapées) et par catégorie d'établissements et services. Un processus d'analyse et d'échange, formalisé dans les conventions d'échanges d'information conclues avec les régimes, a permis d'affiner et de fiabiliser le champ des dépenses financées par la CNSA.
- [170] Ces décaissements agrégés au niveau central étant supérieurs à l'Ondam médico-social mais inférieurs à l'OGD, la CNSA rembourse comptablement comme indiqué ci-dessus à l'Assurance maladie la totalité des décaissements des CPAM. Il s'agit d'une écriture d'ordre sans versement de trésorerie. S'effectue ensuite un jeu d'écritures comptables où est calculée la différence entre les décaissements des CPAM et la contribution de l'Ondam médico-social à l'OGD pour déterminer la part de CSA qui sera reversée, en trésorerie, par la CNSA à l'Assurance maladie. Ce remboursement apparaît en produit dans les comptes de l'Assurance maladie et en charge dans les comptes de la CNSA
- [171] Ce circuit comptable apparaît particulièrement complexe compte tenu du croisement des contributions et reversements réciproques entre la CNSA et l'Assurance maladie.
- [172] Enfin, en tant qu'organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la CNSA est soumise aux obligations comptables qui s'appliquent aux organismes de sécurité sociale (OSS) et donc au plan comptable unique des OSS (article L 114-5 du Code de la Sécurité Sociale CSS).
- [173] La CNSA ne relève cependant pas du champ de la certification assurée par la Cour des comptes en application des dispositions du 3° du VIII de l'article LO. 111-3, du 3° du V de l'article LO.111-4 CSS, de l'article LO. 132-3-1 CJF.

⁴⁹ Rapport de la Cour des Comptes « Les personnes âgées dépendantes » de novembre 2005 – Pages 149 et s.
Rapport de la Cour des Comptes « Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la CNSA » de juillet 2006 – Pages 26 et s et pages 37 et s..

Rapport public annuel de la Cour des Comptes de février 2009 -Page 255 et s. sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

⁵⁰ Rapport de la Cour des Comptes relatifs à la certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2006 et rapport de la Cour des Comptes de certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2007

[174] Interrogée sur ce point, la direction générale de la CNSA a indiqué qu'elle souhaitait, sans attendre l'application à la CNSA des procédures de certification des OSS, engager une démarche volontaire de certification en faisant appel aux services d'un commissaire aux comptes⁵¹. La mission préconise cependant de faire rentrer la CNSA dans le périmètre des organismes soumis à la certification de la Cour des Comptes.

1.5.3. La trésorerie :

[175] Les principes de gestion de la trésorerie énoncés par la CNSA sont nombreux :

- 1) Un suivi quotidien des flux financiers, en complément du suivi mensuel de trésorerie qui existe depuis fin 2006.
- 2) Des prévisions de trésorerie au jour le jour, afin d'anticiper le solde quotidien de son compte bancaire et optimiser ses placements, en volume et en durée.
- 3) Des échanges avec les partenaires financiers, notamment la recette générale des finances et l'ACOSS, pour améliorer l'efficacité et la performance de la gestion de trésorerie et étudier la possibilité d'une diversification des instruments de placement.
- 4) La participation aux réunions de conjoncture organisées par ses partenaires financiers. Car l'optimisation des produits financiers résultant des placements en titres de créances négociables est étroitement liée à l'évolution des principaux indicateurs de l'économie française, notamment en matière de taux.
- 5) L'animation d'un comité interne de conjoncture sur les placements, pour parvenir à une vision partagée de la politique de placement menée au regard de ses prévisions de trésorerie et des anticipations sur l'évolution des taux.

[176] Il reste que l'Ondam ne donnant pas lieu à un virement réel en trésorerie, le tableau de trésorerie de la CNSA ne donne qu'une indication partielle des ajustements financiers entre cette dernière et les régimes d'assurance maladie.

1.5.3.1. Les flux de trésorerie

[177] Les flux de trésorerie retracent le solde net de l'ajustement entre la CNSA et les régimes d'assurance maladie.

[178] Le suivi de la trésorerie de la CNSA est présenté dans le tableau de suivi mensuel fourni en annexe 11 pour les années 2008 et 2009 et en annexe 12 pour les fonds propres prévisionnels de la CNSA pour les mêmes années. Il concerne évidemment tous les aspects de l'activité de la CNSA et non pas seulement les flux financiers liés au financement des établissements et des services au travers de l'ONDAM.

[179] Les encaissements de la CNSA sont : (i) la CSG, (ii) la CSA et (iii) les produits financiers.

[180] Les décaissements sont : (i) les concours (APA, PCH, MDPH), (ii) les interventions (dépenses de formation et d'animation pour les PA et les PH), (iii) les dépenses des établissements et (iv) les dépenses diverses (GEM, financement des STAPS, frais de collecte ACOSS...).

⁵¹ Ainsi, dans son rapport annuel 2008, la CNSA indique « s'engager sur un double axe d'amélioration :

- d'une part, en construisant un outil interne de gestion des subventions et en recherchant un applicatif comptable mieux adapté à ses besoins,

- d'autre part, en lançant un processus de contrôle interne, à travers une description détaillée de tous les processus financiers, l'identification et la hiérarchisation des risques et, au final, le recensement des contrôles existants et à développer.

Ces démarches permettront à la CNSA de faire procéder à la certification de ses comptes, gage envers ses tutelles, les membres de son Conseil et ses nombreux partenaires institutionnels, de la rigueur et de la transparence de sa gestion. »

[181] Les flux de trésorerie concernant les établissements sont ceux relatifs d'une part au financement de l'ONDAM/OGD et d'autre part au versement par la CNSA des aides à l'investissement dans le cadre des PAM et PAI.

[182] L'Ondam médico-social ne donnant pas lieu à un virement effectif en trésorerie, les seuls flux financiers entre la CNSA et les régimes d'assurance maladie concernent :

- les versements mensuels de la CNSA (CNAMTS, RSI, MSA), trimestriels voire annuels (autres régimes) aux régimes d'assurance maladie de la part de la CSA affectée à l'ONDAM ;
- la régularisation de la part de l'OGD non consommé des régimes sociaux vers la CNSA.

1.5.3.2. L'ajustement en fin d'exercice

[183] La direction financière établit, aux fins de rapprochement entre les montants versés et ceux inscrits dans l'OGD, un calcul dont le détail pour la CNAMTS sur 2008 figure en annexe 13 pour les PA et les PH.

[184] Pour les PA, la CNSA centralise par organismes les montants versés aux établissements au titre de l'exercice en cours sachant que de ce montant sont retirées (i) une charge de transfert correspondant à 5,5% des charges de fonctionnement des SSIAD qui est imputée sur l'enveloppe PH et (ii) les provisions de l'exercice N-1. Sont ensuite ajoutées à ce montant (i) un montant correspondant à la reprise des provisions de l'exercice N et (ii) les charges liées au financement des Conventions Internationales, qui sont négligeables pour ce secteur (clé de répartition de 0,08% du coût total des conventions internationales).

[185] Pour les PH, la CNSA centralise par organismes les montants versés aux établissements au titre de l'exercice en cours sachant que de ce montant sont retirées les provisions de l'exercice N-1. Sont ensuite ajoutées à ce montant (i) la charge de transfert correspondant à 5,5% des charges de fonctionnement des SSIAD retirée de l'enveloppe PA, (ii) un montant correspondant à la reprise des provisions de l'exercice N et (iii) les charges liées au financement des Conventions Internationales qui sont significatives pour ce secteur (clé de répartition de 99,92% du coût total).

[186] Le tableau ci-dessous reprend les données chiffrées globales pour 2008 :

En M€	PA	PH
Prestation 2008 :		
Exercice courant	4 576,919	7 085,941
Transfert des charges de SSIAD	(48,564)	48,564
Provisions 2007	(0,094)	(732,754)
Provisions 2008	0,101	764,263
Convention internationales		
Participation 2008	0,009	12,376
Provisions 2008	0,002	1,976
TOTAL CNAMTS	4 527,937	7 180,368

[187] Une fois connue le montant des dépenses pour l'année antérieure, la direction financière établit le tableau de financement des dépenses médico-sociales pour les PA et celui pour les PH qui sont présentés en annexe 14 pour l'année 2008.

[188] Le montant des dépenses de l'année sont repris pour chaque régime d'assurance maladie. Il en découle une clé de répartition des dépenses par régime (74,56% pour la CNAMTS en 2008) qui est appliquée au montant de la contribution globale des régimes d'assurance maladie tel que déterminé dans l'arrêté (soit 5.523 M€ en 2008).

[189] L'écart entre cette contribution par régime et le montant des dépenses permet à la CNSA de définir la contribution définitive de la CNSA pour chaque régime. De cet écart est déduit le montant de l'acompte. Ce dernier est égal à $[90\% \times (\text{OGD-ONDAM})]$ soit 980,612 M € en 2008. Cet acompte est réparti entre les régimes en fonction de la clé de répartition des dépenses remontées à la CNSA. Il en résulte pour chaque régime un solde à reprendre qui est de -430 M€ pour les PA en 2008 et de + 57,868 M€ pour les PH.

2. LA SOUS CONSOMMATION DE L'OGD ET SES CAUSES

[190] Depuis sa création, la CNSA produit chaque année des excédents, principalement au titre de l'OGD PA (Cf. Annexe 15 relative à l'évolution de la sous-consommation de l'OGD de 2000 à 2008). Ces excédents s'expliquent par différents facteurs, principalement :

- le décalage comptable dans le temps entre l'affectation des crédits, l'attribution de l'autorisation et l'exécution effective de la dépense,
- les retards dans la réalisation des mesures nouvelles des tranches annuelles des plans gouvernementaux (notamment les Plan Solidarité Grand Age, Plan Handicap, Plan Alzheimer).

[191] Si l'importance de ces facteurs n'est pas remise en cause par la mission, il apparaît néanmoins, au vu des résultats de l'enquête réalisée auprès des 100 DDASS, qu'ils ne sont pas suffisants pour expliquer seuls l'intégralité de la sous-consommation de l'OGD. L'enquête a notamment mis en évidence sur la base des déclarations des DDASS :

- L'existence d'un reliquat de crédits non consommés et non affectés à hauteur de 88M€ en 2009 pour le secteur des PA,
- Des engagements futurs non couverts à hauteur de 146M€ en 2009 pour le secteur des PH.

[192] Cet écart met en lumière la faiblesse du suivi actuel de la consommation des crédits, un pilotage des dépenses gérées de façon macro économique qui ont conduit à une perte de maîtrise à la fois de la dépense effectuée et des engagements pluriannuels pris par les DDASS. Ceci explique les difficultés rencontrées pour établir une prévision budgétaire fiable de l'OGD, conduisant année après année à de nouveaux excédents.

[193] Ce phénomène a été masqué par la croissance globale des dépenses de financement des ESMS depuis 2006. Cet environnement de forte croissance des dépenses n'a pas poussé les services à mettre en place un véritable suivi de la dépense. Pourtant la surconsommation récurrente de l'OGD PH depuis trois ans (2007/2008/2009) aurait dû constituer une première alerte témoignant de la perte de maîtrise de la dépense effectuée au niveau local.

2.1. Une sous-consommation récurrente de l'OGD de 2006 à 2008

[194] La sous-consommation se définit comme l'écart entre l'OGD et l'agrégation au niveau national des versements des caisses-pivots d'assurance maladie pour le fonctionnement des ESMS sous forme de dotations globales ou de forfaits journaliers, décaissements que la CNSA doit rembourser à l'assurance maladie.

Tableau 6 : Tableau de la sous-consommation de l'OGD de 2006 à 2008

En millions d'euros	2006			2007			2008			TOTAL CUMULE 2006/2008
	PH	PA	TOTAL	PH	PA	TOTAL	PH	PA	TOTAL	
OGD	6 834	4 982	11 816	7 232	5 688	12 920	7 654	6 612	14 266	39 002
Montant versé par les régimes d'assurance maladie aux	6 738	4 692	11 430	7 290	5 201	12 491	7 684	6 073	13 757	37 678
Ecart OGD /versé AM (excédents de la CNSA)	96	290	386	-58	487	429	-30	539	509	1 324
% de sous consommation de l'OGD	1,4%	5,8%	3,25%	-0,79%	8,5%	3,5%	-0,40%	8,1%	3,57%	3,4%

Source : Chiffres CNSA retraités par la mission.

[195] Les excédents cumulés de la CNSA s'élèvent de 2006 à 2008 à 1,325Mds€⁵² auxquels il convient d'ajouter les excédents antérieurs à sa création qui se montent à 4,4M€ pour 2004 et 495,2M€⁵³ pour 2005 aboutissant à la constitution de réserves à hauteur de 1,825Mds€ en 5 ans (soit 3,4% des sommes allouées à la CNSA pour le fonctionnement des ESMS sur la même période).

[196] Il convient cependant de distinguer les deux secteurs « personnes âgées » (PA) et « personnes handicapées » (PH). Si la sous-consommation de l'OGD dans le secteur des personnes âgées perdure et s'accroît même pendant la période 2006-2008 atteignant en cumulé 1,318Mds€ celle du secteur des personnes handicapées connaît un phénomène inverse avec une surconsommation variant entre 30 et 50M€ par an depuis 2007.

2.1.1. Les facteurs de sous-consommation de l'OGD PA

[197] S'agissant du secteur des personnes âgées, la sous-consommation est en forte augmentation. Elle n'était que de 142,7M€ en 2005 et de 289,7M€ en 2006 contre des montants proches de 500M€ depuis 2007.

[198] La sous-consommation de l'OGD PA a été imputée les premières années d'existence de la CNSA à l'effet combiné de l'effort financier très important en faveur de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées depuis 2000⁵⁴ et du décalage dans le temps entre les autorisations de mesures nouvelles de créations de places ou de médicalisation et le financement effectif de celles-ci.

⁵² Source : CNSA

⁵³ Source : CNSA

⁵⁴ Augmentation de 300% des dotations d'assurance maladie aux ESMS PA entre 2000 et 2009. L'Ondam médico-social PA était en effet de 2,35Mds€ en 2000, constituant alors la seule ressource, pour atteindre un OGD PA de 7,5Mds€ en 2009, alors que l'ONDAM général a progressé à hauteur de 50% sur la même période.

[199] Ce décalage inhérent aux modalités de budgétisation de l'OGD basées sur un raisonnement en autorisations d'engagements de crédits a été accentué par différents facteurs conjoncturels relevés par la CNSA⁵⁵ et confirmés par la mission dans les huit départements visités tels que :

- a) Des difficultés liées à la mise en œuvre de la médicalisation⁵⁶ des EPHAD, qu'il s'agisse des procédures de conventionnement initial puis du passage à la tarification au GMPS ou « pathosification »⁵⁷. Le retard du processus de médicalisation a par plusieurs causes :
- Des négociations difficiles avec les établissements pour lesquels le passage à la tarification globale ou au GMPS comporte un intérêt limité. Les négociations relatives aux conventions tripartites ont notamment du mal à aboutir pour les petites structures, les budgets annexes hospitaliers et les Unités de Soins de Longue Durée pour personnes âgées (USLD).
 - La réticence de certains conseils généraux de financer 30% du coût des aides soignants (AS) et des aides médico-psychologiques (AMP), induisant des refus ou des retards de signature des conventions comme a pu le constater la mission pour le département du Pas-de-Calais. Il est à craindre qu'en période de contraintes financières pour les conseils généraux, ceux-ci soient de plus en plus réticents à financer leur contribution à hauteur de 30% des charges des AS/AMP au titre de la mise en œuvre de la tarification au GMPS. Ce nouveau contexte risque de peser lourdement, ce qui aura pour effet d'aggraver le retard déjà constaté pour cette seconde phase de la médicalisation (environ 95.000 places non pathosifiées sur 2007 et 2008).
 - Les retards dans la médicalisation, principalement en 2006 et 2007, en raison des difficultés de recrutement ou de formation des médecins coordonnateurs et des personnels paramédicaux dans les départements qui connaissent des difficultés de démographie médicale.
 - En outre, la médicalisation de deuxième génération (pathosification) qui suppose la réalisation des coupes PATHOS par les médecins coordonnateurs et une validation par les médecins conseils de l'assurance maladie a été retardée par les désaccords sur les conditions du conventionnement ; les crédits de médicalisation ont cependant été notifiés dès 2006 sans que les procédures de tarification au GMPS ne soient totalement définies, dégageant ainsi une masse importante de crédits de mesures nouvelles non consommés sur ces deux années. Ceci est à l'origine d'une partie des excédents même si la consommation des crédits « Pathos » semble s'accélérer sur 2009.
- b) En ce qui concerne les créations de places nouvelles, la sous-consommation croissante est largement liée au régime actuel d'autorisation. L'autorisation engendre une réservation des crédits obtenus alors que l'utilisation de ces moyens n'intervient que lors de l'installation effective des places autorisées dans les ESMS. Or il peut s'écouler plusieurs années entre la notification des crédits au préfet et la réalisation de la dépense. Le délai d'installation des places nouvelles d'EHPAD est estimé en moyenne entre 2 et 3 ans⁵⁸ mais peut même dépasser cette durée. Le délai d'installation peut en effet connaître d'importants retards en raison d'aléas divers liés à la disponibilité du foncier, au bouclage du financement ou

⁵⁵ Eléments identifiés suite aux échanges techniques 2008 menés par la CNSA avec les différents Comités Techniques Régionaux et Interdépartementaux (CTRI) réunissant les DRASS et DDASS

⁵⁶ On appelle médicalisation l'ensemble des financements liés au conventionnement des établissements (2000-2008) ou à la mise en œuvre des nouvelles modalités de tarification (PATHOS)

⁵⁷ La tarification des EHPAD au GMPS prend en compte non seulement le niveau de dépendance (GMP) mais également le niveau de la charge en soins (PMP) sur la base de l'outil PATHOS, système d'information codant et rationalisant les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées. Il n'existe pas à ce jour de délai réglementaire pour achever le processus de tarification au GMPS. Si les règles de passage à PATHOS sont maintenues en l'état, c'est (hors GMP>800 et passage en tarif global) lors des renouvellements de conventions que les établissements bénéficient des nouvelles modalités tarifaires. Compte tenu du fait que certains établissements ont signé leur convention initiale postérieurement au 31/12/2007, le processus de pathosification pourra, pour ces derniers, se poursuivre au-delà du 31/12/2012.

⁵⁸ Source : Enquête annuelle 2008 CNSA – suivi des plans

encore à l'existence de recours contentieux de la part des riverains. A titre d'exemple, selon les chiffres analysés par la CNSA à travers son enquête annuelle 2008 de suivi des plans, 46% des places notifiées en 2006 ne sont pas encore installées en 2008 et le taux d'exécution des places notifiées en 2008 est seulement de 16% à fin 2008.

- c) L'absence ou le manque de promoteurs dans certains départements constatés par la mission dans certains départements dont celui des Yvelines pose la question de la capacité des opérateurs à mener les projets à leur terme dans les délais prévus.
- d) Le coût trop élevé des structures au regard de la valorisation des places nouvelles est un autre élément de sous-consommation. Ainsi, les taux d'autorisation et d'installation sont très inégaux selon le type de places créées. A titre d'exemple, entre 2001 et 2006, seulement la moitié des places d'accueil de jour (AJ) et d'hébergement temporaire (HT) notifiées ont été autorisées et 43% ont été installées. Les accueils de jour (AJ) et les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) sont également principalement concernés en raison d'une prise en compte insuffisante des frais de transport, au dire des établissements et services.
- e) Des difficultés liées au turn over important du personnel des DDASS, ainsi que des retards pris par certaines DDASS dans la mise en œuvre de la campagne budgétaire des ESMS liés à la parution tardive de l'arrêté définissant le montant de l'OGD.

[200] Cet effet report parfois très important du financement des mesures nouvelles engendre la réservation des crédits notifiés en année N pendant plusieurs années jusqu'au paiement effectif à l'installation des places autorisées ou à la mise en œuvre de la convention de médicalisation. Ces crédits réservés ou gagés selon le vocabulaire utilisé par les DDASS qui sont non consommés une année mais sont reconduits l'année suivante dans la dotation de base allouée à la DDASS accentuent le phénomène de sous-consommation, créant un effet « boule de neige ».

[201] Ainsi, à titre d'exemple de la sous-consommation dans le secteur des PA, en 2007, pour les mesures nouvelles de médicalisation initiale, 75.000 places ont été conventionnées sur une période estimée à 2,5 mois à un coût moyen de 4.500€ la place en année pleine, soit un coût de 70M€ correspondant à une sous-consommation de 66M€ au regard des 136M€ de mesures nouvelles de médicalisation initiale inscrits en OGD 2007. De même, pour les mesures nouvelles relatives à la tarification au GMPS, 70.000 places ont été signées également sur 2,5 mois à un coût moyen de 2.100€ la place en année pleine, soit un coût de 31M€ représentant une sous-consommation de 109M€ au regard des 140M€ inscrits à ce titre en OGD 2007. La CNSA estime que pour la période 2001-2008, le seul rapprochement entre les moyens notifiés pour la médicalisation - soit 2.300M€ - et les crédits tarifés par les DDASS et versés aux ESMS - soit 2.060M€ - fait apparaître une sous-consommation de 240M€.

[202] Le tableau ci-dessous ventile la sous-consommation globale de l'OGD par nature de dépenses (médicalisation initiale, médicalisation PATHOS, créations de places, mesures de reconduction). On peut noter que la sous-consommation ne résulte pas seulement de l'effet report des mesures nouvelles mais également d'erreurs de base et de l'existence de crédits non affectés (notamment en mesures AJ/HT).

Tableau 7 : Répartition de la sous-consommation de l'OGD PA par type de mesures (*en millions d'€*)

		2006	2007	2008
Médicalisation initiale	Montant des mesures nouvelles notifiées (1)	159	136	109
	Versements AM liés aux conventionnements signés (2)	56	70	61
	Sous consommation (1-2)	103	66	48
Médicalisation PATHOS	Montant des mesures nouvelles notifiées (1)	30	128	152
	Versements AM liés à la pathosification (2)	0	31	92
	Sous consommation (1-2)	30	97	60
Créations de places	Montant des mesures nouvelles notifiées + EAP (1)	136	124	159
	Versements AM liés à l'installation des places nouvelles (2)	69	59	59
	Sous consommation (1-2)	67	65	100
Total sous consommation des mesures nouvelles de l'année n		200	228	208
Autres crédits de l'année non consommés (erreurs de base, réserve nationale)		47	56	70
Effet report des crédits notifiés en n-1 non consommés		65	199	197
Crédits notifiés antérieurement à l'année n et consommés dans l'année		- 24	-27	-30

Taux de consommation des mesures nouvelles de l'année	38,4%	41,2%	51,3%
-------------------------------------------------------	-------	-------	-------

Source : Chiffres CNSA retraités par la mission (NB : les chiffres 2008 datent de juin 2008, la réalité de la sous consommation 2008 est à la fin de l'année 2008 de 540M€)

[203] Ce tableau montre que :

- Le taux de consommation des mesures nouvelles de l'année N bien que légèrement croissant reste structurellement limité en raison du raisonnement en autorisations d'engagements,
- L'effet report, soit les crédits de mesures nouvelles notifiés depuis 2005 et toujours non consommés, croît très fortement et s'élève à fin 2008 à 461M€ (dont 296M€ de retard 2006-2007 de médicalisation), sachant qu'une partie des places pour lesquelles des moyens ont été notifiés en année N peuvent n'être toujours pas autorisées en N+3 et a fortiori installées. Ainsi, le taux d'autorisation de places nouvelles pour l'année 2006 est de 83% fin 2008, le taux d'installation des mêmes places notifiées en 2006 n'est que de 46% à fin 2008⁵⁹,
- A l'inverse, la consommation en année N des crédits notifiés antérieurement à l'année N reste stable autour de 30M€

[204] Il n'y a donc pas de raison de penser, pour le secteur PA, que le rythme de consommation des crédits de mesures nouvelles s'accélère au point de venir résorber le montant des crédits gagés ou réservés, ce qui aurait pour effet de réduire le phénomène de sous-consommation.

2.1.2. Les facteurs de surconsommation de l'OGD PH

[205] A l'inverse du secteur PA, on constate une surconsommation de l'OGD dans le secteur des personnes handicapées (Cf. Annexe 15).

⁵⁹ Source : Enquête annuelle 2008 CNSA – suivi des plans

- [206] S'il existe comme pour le secteur des PA, une sous-consommation liée aux mêmes difficultés de mise en œuvre des places nouvelles en particulier pour les MAS/FAM, l'utilisation ancienne dans ce secteur des crédits non reductibles (CNR)⁶⁰, est bien plus importante que sur le secteur PA pesant ainsi fortement sur la consommation de l'OGD PH. Par ailleurs, le périmètre de l'OGD n'incluait pas, jusqu'au PLFSS 2010, le financement des dépenses liés à l'accueil des enfants handicapés français dans les IME belges pour un coût évalué par l'assurance maladie à 60M€, dépense intégralement supportée par la CPAM pivot, ce qui majorait d'autant la consommation de l'OGD PH.
- [207] Le montant des Crédits Non Reductibles est déterminé par chaque DDASS en fonction de son « disponible d'enveloppe », soit l'écart entre le montant de l'enveloppe départementale notifiée par la CNSA en dépenses encadrées et le montant des crédits consommés dans le cadre de la campagne tarifaire des ESMS. Ces crédits disponibles correspondent par construction aux crédits des mesures nouvelles notifiées non consommés et en particulier aux mesures autorisées en attente d'installation, ou à des crédits pérennes non affectés pouvant résulter de places non affectées (notamment places AJ/HT) mais aussi d'erreurs de base entraînant l'existence de crédits sans affectation.
- [208] Alors que la part des CNR financés sur le disponible d'enveloppe pour le secteur PA était de 24% en 2006 et de 22% en 2007⁶¹ puis de 47% et de 63% respectivement pour les exercices 2008 et 2009⁶², la part des CNR pour le secteur PH était de 55% en 2006 puis de 80% en 2007⁶³, 2008 et 2009⁶⁴.
- [209] De même, le mécanisme des reprises en année N des déficits de l'année N-2 auquel il est souvent fait recours pour les ESMS PH en raison même de leur tarification au prix de journée est un facteur de surconsommation. Les montants autorisés par l'autorité tarifaire locale ne fait d'ailleurs pas l'objet d'une remontée centralisée spécifique au titre des reprises de déficits.

2.1.3. L'utilisation des excédents de la CNSA depuis 2006

- [210] La sous-consommation de l'OGD depuis la création de la CNSA a aboutit à une réserve à hauteur de 1.855M€ au sein de la section 1 du budget de la Caisse.
- [211] Les excédents ont donc été réutilisés soit pour une contribution au financement de l'OGD, soit pour une aide à l'investissement dans le cadre des Programmes d'Aide à la Modernisation (PAM) 2006/2007 et des Programmes d'Aides à l'Investissement (PAI) depuis 2008.

⁶⁰ Les crédits en attente de financer les places nouvelles autorisées peuvent être utilisés sous forme de CNR pour aider les opérations d'investissement, le bouclage de l'exercice budgétaire dans l'attente de conclusion d'un CPOM, la formation et des actions ponctuelles de GPEC.

⁶¹ Source : Chiffres CNSA – Eléments d'explication de la consommation de l'OGD sur les années 2006-2007-2008 – Mars 2009

⁶² Enquête Igas-Igf-CNSA sur les prévisions de dépenses 2009/2010 (résultats en annexe 2)

⁶³ Source : Chiffres CNSA – Eléments d'explication de la consommation de l'OGD sur les années 2006-2007-2008 – Mars 2009

⁶⁴ Enquête Igas-Igf-CNSA sur les prévisions de dépenses 2009/2010 (résultats en annexe 2)

Tableau 8 : Répartition des excédents de l'OGD

En millions d'euros	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Ressources							
Excédents OGD	5	495	385	430	540	NC	1.855
Emplois							
PAM/PAI	-	-	500	182	298	330	1.310
Contribution à l'OGD	-	-	-	48	200	322	570*
Total emplois							1.880**

* Dont 70M€ au titre du plan de relance et 30M€ au titre des CPER

**Ce montant ne prend pas en compte le provisionnement en 2008 de 135M€ d'engagements supplémentaires au titre de la reprise des CPER

Source : Chiffres CNSA retraités par la mission

[212] La différence entre le montant des ressources issues des excédents OGD et leur emploi s'explique notamment par un apport au PAI 2008 d'excédents de la section V.

Tableau 9 : Bilan de la mise en œuvre des PAM/PAI sur la période 2006/2008

	Montants notifiés PA +PH	Nombre d'opérations financées	Taux moyen d'aide	Volume financier mis en paiement	Volume financier mis en paiement en %
PAM 2006	500M	664	24.5%	145M	28% (PA) 31% (PH)
PAM 2007	185 M	311	22%	21.6M	13% (PA) 9% (PH)
PAI 2008	300M	318	27.5%	NC	NC
Total	985M	1293	19% pour les PA et 27% pour les PH	166,6	

Source : Bilan CNSA des PAM/PAI- Rapport annuel 2008

2.2. La gestion 2009

[213] L'une des principales avancées de la mission dans l'analyse du phénomène de sous-consommation a été de lancer en coordination avec la CNSA une enquête auprès des 100 DDASS afin de recueillir des données chiffrées permettant d'établir une prévision détaillée de la consommation des crédits pour l'année 2009 sur la base des montants tarifés estimés par les DDASS, et de disposer d'une première approche des réalisations effectives des mesures nouvelles en 2010 (créations de places et médicalisation). L'importance de cette enquête tient à son exhaustivité, condition indispensable à l'élaboration d'une réponse pertinente. Encore faut-il préciser que cette enquête ne constitue qu'un premier pas, la CNSA devant impérativement poursuivre cet exercice dans le sens d'une meilleure connaissance des dépenses décidées au niveau local. Les modèles de tableaux à remplir, le guide de remplissage à destination des DDASS ainsi que les remarques méthodologiques mises en œuvre pour cette enquête sont détaillées en annexe 1.

- [214] A cet égard, la mission tient à souligner qu'il convient d'être prudent quant à l'interprétation des résultats figurant dans la présente note compte tenu de la nature déclarative des données des DDASS. En particulier, la mission estime que les dépenses prévisionnelles de médicalisation ont été surévaluées. Cette prudence dans l'interprétation des tableaux est d'autant plus nécessaire que les DDASS ont rencontré des difficultés pour répondre à l'enquête en l'absence de définitions nationales partagées des différents agrégats et d'outil de gestion commun des campagnes budgétaires servant de base aux arrêtés de tarification et à la présente enquête.⁶⁵
- [215] La mission a fait le choix d'analyser prioritairement l'écart entre les montants des enveloppes notifiées aux DDASS et les montants figurant dans les arrêtés de tarification au titre de l'OGD, plutôt que l'écart entre les montants tarifés et les montants décaissés par les caisses d'assurance maladie. Cette décision a été fondée sur les constats faits lors des déplacements dans les départements, la région Centre ayant effectué un travail approfondi sur ce sujet⁶⁶.
- [216] En effet, l'analyse des écarts entre les montants tarifés et les montants versés par les régimes d'assurance maladie via les caisses pivots montre qu'ils ont pour origine des erreurs matérielles ou de rattachement d'exercice.
- [217] L'erreur matérielle la plus classique est la mauvaise affectation de versements à un type de dépense. Cela a été le cas pour le département de la Charente qui s'est vu affecter pendant deux ans des établissements sanitaires. Seul le rapprochement des fichiers entre les services émettant les tarifs et les organismes payeurs est en mesure de corriger ce type d'erreur.
- [218] Le deuxième type « d'erreur » constaté tient à l'exercice de rattachement de certaines dépenses. Pour les établissements en dotation globale, il s'agit des dépenses résultant d'arrêtés pris en fin d'année. Pour les établissements et services sous le régime des prix de journée, il s'agit des versements venant ajuster les dotations annuelles qui sont difficiles à identifier pour les CPAM. Dans la même logique, ces dernières ont des difficultés à déterminer l'exercice de rattachement des Crédits Non Reconductibles tarifés en fin d'année.
- [219] Il n'est pas dans le propos de la mission de minimiser l'ampleur de ces erreurs matérielles ou de nier leur impact sur la crédibilité des chiffres venant justifier la mise en œuvre des plans gouvernementaux. Certaines opérations de réajustement effectuées par la CNSA comme la détermination de la part des dépenses de SSIAD réaffectée à l'enveloppe Personnes Handicapées comptabilisée en tant que dépenses en faveur des Personnes Agées pourrait être discutées. Mais il est apparu à la mission qu'elles ne présentaient pas de risques quant au montant total des dépenses faites par la collectivité en faveur de la dépendance ce qui n'étaient pas le cas de certaines pratiques budgétaires (CNR, Délégation en Dépenses Encadrées pour les PH) qui, quant à elles, emportaient ce type de risque.
- [220] Il est désormais connu que les organismes payeurs versent les montants sur la base des arrêtés, sans effectuer de contrôle autre que formel sur le contenu de ces arrêtés. Tout au plus peut on relever dans le courrier envoyé par la CRAM Centre que « la remontée d'informations de certaines DDASS à la CNSA de l'intégralité des charges brutes (ensemble de la classe 6)...ne reflète pas les produits de la tarification de l'Assurance Maladie ». Les montants décaissés par les caisses d'assurance maladie sont donc sauf erreur matérielle égaux aux montants tarifés par les DDASS.

⁶⁵ La mission a ainsi rencontré des difficultés pour rapprocher sur l'année 2008 les montants déclarés pour la tarification par les DDASS au titre des PH (7 486Md€) et le montant déclaré par la CNAMTS comme ayant été versé par les régimes d'assurance maladie (7 684Md€) soit un écart de 198M€ Pour les PA, cet écart pour 2008 est de 71M€

⁶⁶ Relevé de conclusions de la DRASS du Centre – Service Handicap & Dépendance du 6 octobre 2008 et courrier de réponse sur l'analyse des écarts encaissements/décaissements de la CRAM Centre du 18 novembre 2008 (Annexe 16)

- [221] En termes de maîtrise des dépenses réelles et, partant, d'établissement de prévisions budgétaires fiables, c'est donc l'écart entre les montants notifiés et les montants figurant dans les arrêtés de tarification qui est primordial.
- [222] La mission a choisi d'étudier les niveaux de consommation des crédits tarifés en regard des montants de l'OGD et de l'agrégat « dépenses encadrées » (DE) utilisé par la CNSA pour les notifications des enveloppes départementales limitatives aux DDASS.
- [223] Les résultats de l'enquête qui se composent de deux tableaux (PA et PH) agrégeant les données départementales issues de l'enquête sont présentés en annexe 2.

Principaux résultats de l'enquête

- 1) Les DDASS du fait de l'erreur d'interprétation relative aux Dépenses Encadrées, ont délégué 258M€ de plus que le montant des autorisations au titre de l'OGD ;
- 2) La sous-consommation de l'OGD dans le secteur des PA perdure à hauteur de 289M€ à 321M€ selon les hypothèses et ce malgré les prélèvements sur réserves ;
- 3) La surconsommation dans le secteur des PH s'installe à hauteur de 10M€ en 2009 ;
- 4) L'analyse des engagements pluriannuels sur le secteur des PA montre qu'il existe 88M€ de crédits libres qui ne peuvent être affectés en 2009 ;
- 5) L'analyse des engagements pluriannuels sur le secteur des PH montre qu'il existe une impasse de financement de 146M€ en 2009 ;
- 6) Les crédits de mesures nouvelles non consommées en cours d'exercice dénommés « crédits non reconductibles » s'élèvent à près de 600M€ en 2009 alors que le PAI 2009 est de 330M€ ;
- 7) Près de 15% des CNR sont en fait affectés au financement de mesures de fonctionnement pérennes soit 84M€ de mesures nouvelles non autorisées.

2.2.1. Le secteur des personnes âgées

- [224] Le raisonnement tenu par la mission a consisté à rapprocher la totalité des engagements financiers de l'ensemble des ressources disponibles.

2.2.1.1. La sous-consommation de l'OGD PA

- [225] Il ressort de l'enquête que, sur l'année 2009, la part de l'enveloppe OGD PA qui ne donnera pas lieu à tarification constituant ainsi un nouvel excédent pour la CNSA, est estimée par les DDASS à 288,9 M€

Tableau 10 : Ecart OGD/ Montants tarifés

PERSONNES AGEES (en €)	2008	2009 (E)
OGD des 99 départements répondants traités	6 529 718 796	7 490 960 122
Total des montants tarifés (12)	6 144 546 601	7 202 107 139
Ecart OGD/ montants tarifés (crédits non consommés)	385 172 195	288 852 983

- [226] On relèvera que cette consommation de l'OGD sur 2009 est une estimation des DDASS (ligne 7- Médicalisation PATHOS du tableau PA joint en annexe 3). Elle fait apparaître un montant de 182,1 M€ ce qui paraît élevé par rapport au rythme de consommation de ces crédits sur les années antérieures. La mission n'a pu se livrer qu'à un contrôle de cohérence, la CNSA ne disposant des éléments quantifiés que pour le premier trimestre 2009, au terme duquel 16.241 places avaient été conventionnées PATHOS.
- [227] Le contrôle de cohérence a consisté à extrapoler les chiffres 2009 à partir du nombre de places conventionnées sur 2008 et le premier trimestre 2009.
- [228] En 2008, le nombre de places conventionnées PATHOS était de 96.159, soit un taux de réalisation de 64% par rapport à la cible de 118.000 places. L'examen du rythme de signature des conventions figurant dans le tableau ci-dessous montre que la mise en œuvre de la tarification PATHOS intervient très majoritairement au second semestre avec un effort important au 4^{ème} trimestre (50% des places). En 2008, la tarification PATHOS s'élève à 134,1M€ pour 96.159 places soit un coût à la place de 1.395 €(c'est-à-dire 65% du coût en année pleine).

Tableau 11 : Rythme de mise en place des crédits PATHOS

	1 trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre	TOTAL
2008	16%	8%	27%	49%	
Nombre de places signées	15 720	7 586	25 964	46 889	96 159
2009 (prévisions)	16 241				100 000

- [229] En retenant un rythme de mise en œuvre de la médicalisation PATHOS proche d'une année sur l'autre (100.000 places), on peut ainsi évaluer le montant de celle-ci sur l'année 2009 en réalité à 150M€(1.500 €par place) et non à 182M€tel que annoncé par les DDASS, laissant une marge manœuvre de 32 M€
- [230] Rappelons que la cible de médicalisation PATHOS pour l'année 2009 est de 195.333 places : 98 895 places au titre de l'année 2009 et 96.438 places au titre du retard cumulé sur les années 2006-2008. Il reste qu'il est peu probable que les DDASS puissent rattraper sur la seule année 2009 le retard cumulé des années 2006/2008.
- [231] **On peut donc retenir une fourchette sur l'exercice 2009 de sous-consommation de l'OGD allant de 289M€à 321M€**
- [232] Ce montant représente la part des crédits OGD que les services n'ont pas pu affecter au fonctionnement courant des établissements et consommer au cours de l'année 2009. Il constitue le premier élément du « Disponible ».
- 2.2.1.2. La forte augmentation des crédits non reconductibles
- [233] Le second élément du « Disponible » est le résultat de la procédure budgétaire locale d'utilisation des CNR qui permet aux DDASS d'affecter des crédits réservés correspondant aux mesures nouvelles (créations de places et médicalisation) notifiées et autorisées mais dont la consommation n'interviendra pas durant l'exercice. Cette procédure leur permet d'attribuer aux ESMS par voie tarifaire des moyens complémentaires qui doivent a priori rester ponctuels et donc ne pas financer des mesures pérennes.
- [234] Les CNR du secteur des PA ont représenté en 2009 un montant de 291,3M€et de 223,2M€ en 2008 soit une augmentation de +31%.

[235] Le recours aux CNR s'est intensifié. Alors qu'ils ne représentaient dans ce secteur qu'environ 25% des crédits gagés de mesures nouvelles en 2006 et 2007⁶⁷, cette proportion a fortement cru pour atteindre 47% en 2008 et 63% en 2009⁶⁸.

[236] Le Disponible sur 2009 représente donc la somme de ces deux éléments et correspond à la somme des crédits notifiés aux DDASS qui n'ont pas été utilisés en 2009 au fonctionnement courant des établissements ou à l'exécution des mesures nouvelles. **Pour 2009, ce Disponible est compris dans une fourchette allant de 580M€ à 612M€** Il convient d'en retirer les engagements pris pour l'avenir afin de déterminer un reliquat de crédits.

2.2.1.3. Les engagements pour l'avenir

[237] Face à ce Disponible, le montant des engagements pris représente, quant à lui, le cumul à fin 2009 des crédits notifiés depuis 2005 et réservés pour les places nouvelles autorisées et les conventions de médicalisation dont l'installation ou la montée en charge progressive ne donnera pas lieu à dépense effective en 2009 mais en 2010 ou postérieurement. Le montant de ces crédits réservés correspondant à des engagements pour l'avenir est estimé par les DDASS à fin 2009 à 461,8M€ (lignes 14 +15 du tableau PA joint en annexe 2).

[238] La mission a également mis en évidence le fait qu'une partie des CNR correspondent en fait à des dépenses pérennes. Il convient de les réintégrer dans la base de fonctionnement des ESMS. **A fin 2009, le montant des engagements en y incluant les CNR pérennes s'élève à 492M€**

[239] Les limites de l'enquête est qu'elle repose sur les déclarations des DDASS. Ceux-ci ont notamment déclaré que les engagements, dont le total à fin 2009 est estimé à 461,8M€, seraient réalisés à hauteur de 83% en 2010 pour un montant de 381,6M€ et que les 17% restant seraient réalisés sur les années 2011 et suivantes.

[240] Outre que ces montants ont été établis par la CNSA sur la base de mesures en année pleine, on ne peut que constater que les mesures nouvelles sont rarement mises en œuvre sur l'ensemble de l'année. La mission estime donc raisonnable de ne retenir que 50% des engagements annoncés par le DDASS sur l'année 2010.

[241] **Les engagements pour 2010 à prendre en considération ne s'élèveraient donc qu'à 221M€** qui se décomposent en 191M€ (381/2) de mesures nouvelles réservées qui seraient mises en œuvre et 30M€ de mesures pérennes aujourd'hui versées aux ESMS sous forme de CNR qu'il faudrait intégrer dans la base. Ces engagements ne tiennent pas compte des mesures nouvelles 2010 qui seront décidées dans le cadre de l'Ondam médico-social pour la mise en œuvre de la tranche annuelle du PSGA et du Plan Alzheimer.

2.2.1.4. Le reliquat : l'existence de crédits libres d'emploi

[242] Le solde ou « Reliquat » défini dans le cadre de la mission est la différence entre le Disponible et le montant des engagements tels que définis ci-dessus. **Il est de 103,7M€ en 2008 et de 88,1M€ en 2009. Il s'agit bien de crédits libres d'usage car non consommés en 2009 et non affectés à des engagements futurs.** Ce reliquat de crédits peut en partie correspondre à des erreurs de base historique qui ont été reconduites chaque année dans les enveloppes départementales.

⁶⁷ Source : Chiffres CNSA –Éléments d'explication de la consommation de l'OGD PA 2006 à 2008 – Mars 2009

⁶⁸ Source : Tableaux de l'enquête Igas-Igf – CNSA (Cf. annexe 3)

Tableau 12 : Détermination du reliquat PA

AFFECTATION EXTRA BUDGETAIRE (en €)	2008	2009 (E)
Ecart OGD PA / montants tarifés (crédits non consommés) (13)	385 172 195	288 852 983
Crédits non reconductibles (11)	223 196 295	291 287 573
Total Disponible (13+11)	608 368 490	580 140 556
Crédits non consommés réservés pour la création de places nouvelles (14)	312 122 205	339 568 673
Crédits non consommés réservés pour la médicalisation future (15)	167 715 865	122 208 404
Part des CNR alloués pour des mesures de fonctionnement pérennes (16)	24 868 870	30 207 979
Total des engagements (14+15+16)	504 706 940	491 985 056
RELIQUAT (Disponible -Engagements)	103 661 550	88 155 500

[243] Il faut noter que ce montant de reliquat pourrait être sensiblement majoré si les services territoriaux avaient pour politique de récupérer tous les excédents générés par les résultats des établissements alors qu'aujourd'hui une partie de ceux-ci sont affectés pas au financement des déficits d'autres établissements ou services.

Tableau 13 : Excédents et déficits de gestion PA

PERSONNES AGEES (en €)	2008	2009 (E)
Reprises d'excédents (9)	- 25 150 883	- 27 827 513
Reprises de déficit (10)	19 456 811	22 082 951

2.2.2. Le secteur des personnes handicapées

[244] Le même raisonnement a été appliqué au secteur des PH. Le résultat est différent car il fait apparaître une impasse de financement.

2.2.2.1. La surconsommation de l'OGD PH

[245] L'application du même raisonnement au secteur des PH révèle une situation plus critique. En effet, les DDASS considèrent à tort que leurs crédits disponibles, servant notamment aux CNR, équivalent à la différence entre le total tarifé dans l'année et le montant de l'enveloppe déléguée alors que cette dernière est notifiée en Dépenses Encadrées, c'est-à-dire correspond à l'OGD augmenté de 2,4% pour tenir compte des recettes propres des établissements.

[246] Ceci a conduit la mission à réduire les enveloppes notifiées d'un montant de 176,5M€ correspondant à 98,6% de l'écart entre les Dépenses Encadrées et l'OGD constaté en 2009 au niveau national pour les PH.

[247] Sur ces bases, il ressort de l'enquête que, sur l'année 2009, le montant total tarifé (7,909 Md€) tel qu'estimé par les DDASS est supérieur de 10M€ au montant de l'enveloppe OGD PH.

Tableau 14 : Ecart OGD/ montants tarifés

PERSONNES HANDICAPEES (en €)	2008	2009 (E)
OGD des 99 départements répondants traités	7 549 619 069	7 899 400 446
Total des montants tarifés (12)	7 486 768 223	7 909 406 140
Ecart OGD/ montants tarifés (crédits non consommés)	62 850 845	- 10 005 693

[248] **Cet écart négatif de 10M€ représente la surconsommation des crédits OGD** que les services ont affecté au fonctionnement courant des établissements et qui seront consommé au cours de l'année 2009.

[249] Compte tenu du montant des CNR s'élevant à 305,7 M€ en 2009, en diminution de 9,1% par rapport à 2008, **le Disponible⁶⁹ pour les PH s'élève à 295,6 M€**

2.2.2.2. L'existence d'une impasse de financement

[250] Face à ce disponible, le montant des engagements tel qu'estimé par les DDASS est de 441,5M€ pour l'installation effective dans les années à venir des places nouvelles déjà autorisées.

[251] Pour les PH, le « Reliquat » défini comme la différence entre le Disponible et le montant des engagements, est **une impasse de financement s'élevant à -145,9M€ en 2009**. Il s'agit d'engagements futurs dont le financement a été définitivement réaffecté au fonctionnement pérennes des établissements du secteur.

Tableau 15 : Détermination du reliquat PH

AFFECTATION EXTRA BUDGETAIRE (en €)	2008	2009 (E)
Ecart OGD PH/ montant tarifé (13)	62 850 845	-10 005 693
Crédits non reconductibles (11)	336 337 106	305 655 351
Total Disponible (13+11)	399 187 951	295 649 658
Crédits non consommés réservés pour la création de places nouvelles (14)	424 231 463	387 345 017
Part des CNR alloués pour des mesures de fonctionnement pérennes (16)	47 682 700	54 176 182
Total des Engagements (14+16)	471 914 163	441 521 199
RELIQUAT (17) = (13+11) – (14 +16)	- 72 726 212	- 145 871 541

[252] Par ailleurs, l'enquête a montré que les engagements, dont le total à fin 2009 est estimé par les DDASS à 387,3M€ (ligne 14 du tableau PH joint en annexe 3), seraient réalisés à hauteur de 59% en 2010 pour un montant en année pleine de 229,2M€. Les 41% restant seraient réalisés selon les DDASS sur les années 2011 et suivantes. Ces montants ont été établis par la CNSA sur la base de mesures en année pleine. La mission retient comme pour les PA une hypothèse de réalisation des engagements dès 2010 à hauteur de 50% des chiffreages annoncés par les DDASS soit 115M€

[253] On retiendra que, là aussi, la pratique des reprises d'excédent et de déficits qui sont décidées au niveau local est plus importante dans ce secteur que dans celui des PA en raison du poids de la tarification au prix de journée.

⁶⁹ Le Disponible représente la somme de : (i) l'écart entre l'OGD et le tarifé déclaré par les DDASS et (ii) les crédits non reconductibles

Tableau 16 : Excédents et déficits PH

PERSONNES HANDICAPEES (en €)	2008	2009 (E)
Reprises d'excédents (9)	- 49 240 904	- 54 688 409
Reprises de déficit (10)	59 404 997	53 676 261

2.2.3. L'insuffisante maîtrise du suivi de la consommation de l'OGD

[254] La sous-consommation globale, en compensant les deux secteurs, peut être estimée, en hypothèse basse, à 279M€ et en hypothèse haute à 311M€ sur la base des déclarations de tarification des DDASS pour l'année 2009.

Tableau 17 : Synthèse des écarts PA/PH entre l'OGD et les montants tarifés

Prévisions de consommation (en M€)	PA (hypothèses basse/ haute)	PH	TOTAL
Consommation des crédits OGD prévue en 2009 (total des montants tarifés déclarés par les DDASS)	7 202/ 7 234	7 909	15 111/ 15 143
Écarts entre les crédits notifiés aux services et la consommation prévue	+ 366/ + 398	+167	+ 533/ +565
Écarts entre le montant de l'OGD et la consommation prévue	+289/ +321	- 10	+ 279/ +311

[255] En agréant les données PA-PH, on constate que les DDASS ont estimé dans l'enquête les Crédits Non Reconductibles à hauteur de 597 M€ **Les crédits « disponibles » s'élèvent en fait à 876 M€(279+ 597) en hypothèse basse, et à 908M€en hypothèse haute (311+597)**

[256] En conséquence, la mission a mis en lumière qu'en rapportant l'ensemble des engagements financiers pris par les DDASS au montant global de l'OGD géré par la CNSA, il y avait une impasse de financement globale de 57M€alors que la CNSA est actuellement dans une situation de sous-consommation qui provoque la constitution de réserves.

Tableau 18 : Synthèse du reliquat net PA/PH (reprise des tableaux 12 et 15)

(en M€)	PA	PH	TOTAL
Écarts entre le montant de l'OGD et la consommation prévue (1)	289	-10	279
Crédits non reconductibles (2)	291	306	597
Crédits disponibles (1+2) = (3)	580	296	876
Engagements mesures nouvelles pluriannuelles (4)	462	387	849
CNR pérennes (5)	30	54	84
Reliquat (crédits sans affectation) (3) – (4+5)	88	-145	-57

- [257] L'enquête a révélé que l'objectif de consommation à 100% des crédits énoncé par les différentes circulaires, notamment la circulaire DGAS/DSS/DHOS du 13 février 2009, objectif ressenti par ailleurs comme légitime par les DDASS du fait des pressions des ESMS quant à l'ampleur de leurs besoins, a conduit à un assouplissement excessif du cadre des dépenses dont le symbole le plus évident est la pratique intensive des Crédits Non Reconductibles (CNR), notamment dans le secteur des PA qui est passé d'un taux d'utilisation des crédits gagés de mesures nouvelles de 25% à plus de 60% entre 2006 et 2009. En 2009, les DDASS ont ainsi notifié sur les deux secteurs aux établissements et services 597M€ de Crédits Non Reconductibles.
- [258] Cette pratique intensive, qui conduit certaines DDASS à procéder à deux campagnes tarifaires d'attribution de CNR afin de consommer 100% de la dotation déléguée par la CNSA, est d'autant plus préjudiciable que cette dernière délègue une enveloppe globale par département exprimée en DEPENSES ENCADREES qui correspond à l'OGD augmenté de 2,4% pour les PH. Ainsi le secteur PH des DDASS, en notifiant ou en prévoyant de notifier 306 M€ de CNR, provoque un dépassement de 145,9 M€ par rapport à la part de l'OGD attribué à ce secteur dans le cadre de l'arrêté interministériel, la sous-consommation du secteur des PA venant masquer ce dépassement.
- [259] L'absence de contrôle des dépenses dans les départements a conduit certains responsables à utiliser les Crédits Non Reconductibles comme un substitut aux Mesures Nouvelles notifiées par la CNSA. Les DDASS ont estimé que, sur l'année 2009, 14,6% des CNR (30M€ pour les PA et 54M€ pour les PH) correspondaient en fait à des dépenses pérennes.
- [260] Cette souplesse de gestion ne se limite pas aux CNR. La mission considère que les règles applicables aux reprises de déficits et d'excédents permettent en réalité aux DDASS de réallouer au sein de leur enveloppe près de 76 M€ par an (2/3 au titre des PH et 1/3 des PA). Ce dernier élément est d'autant plus surprenant qu'il a été constaté sur le secteur des PA pour lequel la plupart des établissements sont en dotation globale, ce qui exclut en principe la reprise des déficits, les ajustements des dotations devant être réalisés par avenant à la convention pour les EHPAD. S'ajoute à cela que les déficits ne sont pas systématiquement repris selon des critères laissés largement à l'appréciation des DDASS.

3. UNE BUDGETISATION DECONNECTEE DE LA REALITE DE LA DEPENSE

3.1. La budgétisation de l'OGD fondée sur des objectifs théoriques de dépenses

- [261] Comme nous l'avons vu (Cf. supra 1.2), la construction budgétaire de l'Ondam médico-social et de l'OGD de l'année N ne relève pas d'un mécanisme classique de prévision budgétaire mais repose sur les objectifs macro-économiques définis à partir d'une actualisation des mesures de l'année N-1. En outre, il a été indiqué que les coûts moyens des places nouvelles ou des places « pathosifiées » sont souvent éloignés des coûts réels constatés a posteriori.
- [262] La budgétisation de l'Ondam médico-social et de l'OGD est donc déconnectée de la réalité de la dépense et d'une prévision fiable des engagements à venir. Elle est en outre relativement peu transparente pour le Parlement.

3.1.1. Une prévision « budgétaire » de l'OGD fondée sur des bases macro-économiques faute de remontées et de suivi de la réalité de la dépense

[263] Tant la dépense effective de l'année N que le montant des engagements arrivant à échéance en N+1 ainsi que les coûts prévisionnels à la place des mesures nouvelles restent difficiles à appréhender dans le cadre de la budgétisation, en raison de la faiblesse du système d'information et de l'absence de dialogue de gestion resserré entre la CNSA et les services déconcentrés pour définir les besoins budgétaires de l'exercice N+1.

3.1.1.1. Les faiblesses du système d'information

1. Une conception d'origine parcellaire

[264] Les systèmes d'information mis en place par la CNSA ont eu pour objectif initial d'appréhender les coûts de fonctionnement des établissements et services afin de programmer les besoins de financement liés à la mise en œuvre des plans dans le secteur de la dépendance.

[265] Ce référentiel de coût devait aussi servir à définir des critères de répartition des moyens destinés à résorber les disparités entre régions en termes de taux d'équipement. Il permettait à chaque région ou département de se situer par rapport à une moyenne nationale et de pouvoir apprécier la situation financière de chaque établissement par rapport à des normes nationales ou locales.

[266] Les systèmes d'information permettant la remontée des informations devaient être l'instrument de la CNSA dans le suivi et la programmation du secteur. La mise en œuvre de ce principe simple dans son énoncé s'est heurtée à divers obstacles.

[267] Le premier a tenu à l'histoire de la CNSA. Les outils de système d'information dont a hérité la CNSA de la DGAS, de la DHOS et de la DREES n'étaient pas adaptés à l'ampleur de ses nouvelles missions. Sur la base de ce constat, la CNSA a fait le choix de ne pas élaborer de schéma directeur des systèmes d'information mais d'engager une démarche fonctionnelle (« schéma d'urbanisation ») en récupérant les données existantes et en prenant l'attache de la CNAMTS. La réalisation de cette démarche s'est heurtée, selon de la CNSA, à une réponse insuffisante de la CNAMTS. C'est donc une approche pragmatique de réalisation des applications visant à répondre au fur et à mesure à des besoins segmentés qui s'est progressivement développée.

[268] Le second découle de la conception qu'a eue la CNSA de son rôle : les systèmes d'information dans leur version initiale n'ont pas été développés pour servir de base à la programmation budgétaire des services déconcentrés mais pour suivre les enveloppes réparties par région. Les développements les plus récents tentent de corriger cet état de fait. Au moment du passage de la mission, la CNSA indiquait s'être rapproché de la CNAMTS dans le but de construire à partir du fichier FINCESS un système d'information partagé articulant les fonctionnalités de tarification des actuelles DDASS et de paiement des crédits médico-sociaux par les caisses pivots de l'assurance maladie. Un tel système doit également permettre à terme de mieux connaître les publics accueillis et de mieux appréhender la qualité de leur prise en charge par les ESMS.

2. La cohabitation de différents systèmes d'information

[269] Trois systèmes d'information cohabitent à la CNSA.

a) SAISEHPAD

[270] Il a pour but d'assurer un suivi statistique et financier du processus de médicalisation des EHPAD. Développé par la DHOS et repris par la CNSA en juin 2006, cet outil doit faire l'objet d'une mise à jour continue par les services déconcentrés de l'Etat (DDASS) afin de permettre une exploitation statistique trimestrielle. Il permet l'analyse des coûts et la projection du besoin financier lié à la médicalisation des EHPAD.

[271] Le suivi trimestriel des conventions de médicalisation de deuxième génération (qui apportent des moyens supplémentaires en fonction du niveau de soins requis des personnes accueillies, tel que mesuré par l'outil PATHOS) devra permettre d'attribuer les crédits non plus selon des critères de répartition a priori mais « sur facture ». Cet applicatif est appelé à évoluer afin de mieux prendre en compte les avenants et renouvellements de conventions et, plus généralement, de permettre des restitutions statistiques plus standardisées. La généralisation des conventions à l'ensemble du secteur donne aujourd'hui une réelle pertinence à la base SAISEHPAD.

b) REBECA

[272] Avec REBECA, la CNSA entend disposer des éléments de synthèse des budgets exécutoires (BP) et des comptes administratifs (CA) des établissements et services pour personnes handicapées et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ainsi que de leurs indicateurs physico-financiers. Il se substitue à l'enquête « BP-CA ».

[273] Il doit notamment permettre d'analyser l'évolution des coûts de fonctionnement des établissements et services concernés et éclairer les éléments de formation des coûts en fonction des grands groupes de dépenses. Deux régions (Picardie et Aquitaine) ont expérimenté l'application en juin et juillet 2008, avant une généralisation à l'automne 2008 par le biais de trois journées de formation de formateurs réunissant agents des DRASS et des DDASS.

c) SELIA

[274] Depuis 2006, la CNSA suit la création des places nouvelles. Ce travail, réalisé sur la base d'enquêtes par le pôle « Programmation de l'offre des services », a connu une évolution qui rend difficile son exploitation historique. Pour 2006, la CNSA dispose de deux bases excel semestrielles avec ventilation géographique ; pour 2007, il y a toujours deux bases mais un tableau unique ; pour 2008 une base annuelle unique a été constituée. En suivant les places nouvelles au cours des différents stades de la procédure en commençant par les places en attente ayant reçu un avis favorable mais non financées puis autorisées et enfin installées, ce système d'information a permis à la CNSA d'étudier le « taux de chute » entre les projets présentés et ceux réellement réalisés.

[275] En revanche, l'approche retenue à l'origine n'a pas permis de suivre les réalisations en rattachant à les projets à des crédits d'un exercice précis. La mise en place des enveloppes anticipées n'a fait que renforcer le besoin d'assurer le suivi à partir de la programmation des projets et de leur exercice de rattachement. La CNSA a donc engagé un travail de rénovation de ces bases dans le but de fiabiliser leurs données et de les suivre en continu. SELIA (Suivi En Ligne des Installations et des Autorisations) doit permettre le suivi historique des enveloppes de places nouvelles.

3. Les enquêtes

[276] Les enquêtes lancées par la CNSA viennent compléter le dispositif pour lui permettre d'appréhender les coûts de fonctionnement.

- [277] Ainsi la CNSA a soutenu en 2008 le travail initié par la FEGAPEI avec l'appui du Conservatoire national des arts et métiers sur la constitution des coûts dans les établissements pour personnes handicapées, pour lesquels le mode de tarification et la diversité des établissements rend plus difficile la constitution des bases de données. Ce travail a été mis à disposition de l'administration centrale dans le cadre des chantiers de réforme sur la tarification des établissements, ouverts par la perspective du « 5e risque ».
- [278] La CNSA a également participé au comité de pilotage de l'étude sur la tarification des SSIAD, projet conduit par la DGAS pour apprécier les tarifs en fonction notamment de l'état de santé des usagers.
- [279] La mission attire l'attention sur la charge élevée que représentent les enquêtes pour les services déconcentrés, d'autant plus que celles de la CNSA s'ajoutent à celles lancées par les autorités de tutelle (DRASS, DGAS etc.) A titre d'exemple, figure en annexe 17 la liste des enquêtes demandées sollicitant la DDASS des Yvelines entre janvier et mai 2009.

4. Les développements

- [280] La mission a pu faire plusieurs constats. Le premier est que l'ensemble des Systèmes d'Informations de la CNSA manquent de cohérence entre eux, leurs créations respectives ne relevant pas d'une conception d'ensemble. Le second a trait à la finalité des systèmes d'information : les services déconcentrés estiment, à juste titre, que les systèmes d'information actuellement mis en place par la CNSA servent exclusivement les objectifs de cette dernière et qu'ils ne constituent pas l'outil de programmation dont ils ont besoin au cours de leur campagne tarifaire. Il faut préciser que la CNSA est consciente de cette lacune et a engagé un travail dans ce sens.
- [281] La mission estime qu'il convient d'articuler l'ensemble des systèmes d'information existants en les recentrant sur la notion de base de l'établissement et/ou du service et que ce changement doit intervenir à l'occasion de la modification des règles de programmation budgétaire préconisée dans le présent rapport. Il s'agit d'asseoir les prévisions sur les budgets prévisionnels des établissements et services et non sur des variables macro-économiques. Ce principe a pour contrepartie la mise en place d'un nouveau système d'information qui intégrerait les données de SAISEHPAD, REBECA et SELIA. Dans l'esprit de la mission, le fait que la CNSA dispose des informations par établissement ne doit pas conduire à centraliser les décisions d'allocation des ressources aux ESMS, celles-ci devant rester du ressort des services déconcentrés, c'est-à-dire des ARS. La CNSA doit quant à elle, se limiter à notifier les dotations régionales aux ARS, et se concentrer sur le pilotage de la performance du dispositif sur la base de remontées précises de l'utilisation faite des dotations notifiées.
- [282] Il s'agirait, en effet, de faire remonter en fin d'année N-1, les budgets prévisionnels des établissements afin d'apprécier d'une part l'évolution des charges récurrentes et d'autre part la mise à disposition des financements résultant de la création des places nouvelles ou de la médicalisation de l'offre. Pour ce faire, la mission recommande de partir de la structure des fichiers élaborés par les DDASS dans le cadre de leur campagne tarifaire. L'homogénéité de ces bases d'un département à l'autre est frappante. Elle est en même temps logique puisqu'il s'agissait pour les services déconcentrés de répondre aux enquêtes de la CNSA.
- [283] Cette transposition au niveau national n'est pas évidente car certains départements sont moins avancés que d'autres, ce qui empêche d'avoir un suivi historique satisfaisant, des différences minimales rendent impossible une remontée automatique des données disponibles sans un lourd travail de retraitement. Et il faut ajouter que dans beaucoup de DDASS, ce système local repose sur des individualités, les mutations ou départ en retraite étant à l'origine de perte de savoir-faire et d'informations.

[284] Il faut donc que la CNSA mette à la disposition des services déconcentrés un système d'information corrigeant ces lacunes permettant une remontée des informations tarifaires «en continu» ainsi qu'une mécanisation du processus administratif d'élaboration des arrêtés. Le système d'information doit être conçu comme une prestation de service au profit des clients que sont les services locaux. Cette évolution est d'autant plus nécessaire que la mise en place des ARS au cours de l'année 2010 risque de bousculer les règles de fonctionnement des services administratifs.

3.1.1.2. Un dialogue de gestion entre la CNSA et les services déconcentrés insuffisant

[285] Au niveau central, le partage des responsabilités entre, d'un côté, les directions d'administration centrales concernées (SG, DGAS, DSS) et, de l'autre, la CNSA est source de confusion. La DGAS a la responsabilité du pilotage et de l'animation des politiques nationales, le SG celle du pilotage et de l'animation du réseau des services déconcentrés et notamment du dialogue de gestion avec les DRASS et les DDASS. A l'exception de l'année 2006, la CNSA n'a pas été associée au dialogue de gestion organisé par l'administration centrale. Celui-ci associe, sous l'égide du SG, une fois par an les services centraux et les services déconcentrés. Sauf rares exceptions, dans les réunions de dialogue de gestion, le temps consacré au secteur médico-social est très bref et la gestion de l'OGD n'est pas clairement abordée, la DGAS considérant que cette question est du ressort de la CNSA.

[286] La CNSA organise quant à elle des réunions techniques une fois par an en fin d'année. Ces réunions sont en outre d'abord consacrées à un échange sur la mise en œuvre des mesures nouvelles et ne donnent pas véritablement lieu à un dialogue sur la gestion budgétaire de l'exercice en cours et la programmation des besoins futurs ; c'est ainsi que la question des crédits libres d'emploi dans le secteur PA n'est jamais abordée. Au total, la procédure d'allocation des ressources est donc largement coupée du pilotage et de l'animation des services déconcentrés. Il en résulte un dialogue difficile entre la CNSA et les services déconcentrés sur les missions et les moyens de la mise en œuvre des politiques nationales. Pour 2009, la CNSA s'est efforcée d'enrichir le contenu des rencontres techniques en travaillant sur des données analytiques permettant d'apprécier pour chaque région et département les réalisations, les taux d'équipements, l'analyse des coûts à la place et l'accessibilité de l'offre médico-sociale par département.

[287] Par ailleurs, comme nous l'avons examiné le suivi de la consommation des crédits relève d'un suivi essentiellement financier dans le cadre des échanges d'informations mis en place entre la CNSA et la CNAMTS (Cf. supra 1.5). La CNSA modélise ainsi le rythme de consommation des crédits afin de dessiner à partir des résultats du premier semestre le profil de l'année et d'orienter les choix réalisés dans le cadre de la construction des objectifs de dépenses de l'année suivante.

[288] La mission regrette que ce suivi de la consommation se fasse exclusivement au niveau central entre la CNSA et la CNAMTS sur des éléments macro-économiques sans échanges avec les services déconcentrés, notamment sur les montants tarifés qui donneront lieu à versement par l'assurance maladie et qui sont connus dès la fin du mois de juillet de l'année N. Pour la mission, la connaissance des montants tarifés donnerait une indication plus juste de la dépense prévisionnelle de l'année N.

[289] Le suivi des engagements financiers pour l'avenir est, quant à lui, effectué à travers une simple enquête annuelle auprès des DDASS. Par le biais de deux tableaux excel, les DDASS font remonter au mois d'octobre de l'année N le nombre de places autorisées et installées au cours de l'année N ainsi que les projets en attente de financement au 31 décembre de l'année N sans plus de précisions sur les projets autorisés, financés et donc gagés qui doivent arrivés à échéance en N+1, N+2 etc.

- [290] Si cette enquête permet d'assurer la traçabilité budgétaire des crédits notifiés année par année, à travers le suivi de la séquence notification-autorisation-installation, elle ne permet pas d'assurer la programmation budgétaire des dépenses à venir.
- [291] La conception essentiellement « descendante » de la procédure budgétaire s'explique en partie par la situation particulière de la CNSA à sa création. En effet, à ce moment, en application de la politique volontariste de créations de places et de médicalisation, la Caisse s'est concentrée sur l'application des plans nationaux en allouant le plus rapidement les moyens nouveaux considérables dégagés à cet effet. Cette conviction était renforcée par les informations remontant des CROSMS qui semblaient indiquer que les projets étaient en place localement pour dépenser vite et bien les crédits alloués. Dans ce contexte, le suivi de la consommation des crédits apparaissait comme une considération seconde.
- [292] Pour établir un véritable budget prévisionnel, il faudrait, au contraire, partir des montants tarifés au niveau local en année N et déterminer par agrégation la base de l'année N+1, travail qu'effectuent les DDASS au niveau local. Pour cela il faudrait faire évoluer le système d'information vers un outil de gestion partagé entre la CNSA et les services territoriaux. Ceci permettrait d'organiser un véritable dialogue de gestion en parallèle de la budgétisation centrale de l'OGD. A l'instar de ce qui est fait pour les budgets des services déconcentrés de l'Etat, ce processus permettrait d'échanger contradictoirement sur les réalisations effectuées en fonction d'objectifs de performance et de qualité, sur les déterminants de la dépense qui expliquent les éventuels facteurs de sous-consommation, sur les blocages détectés au niveau local, ou encore sur les besoins budgétaires pour l'année N+1 compte tenu des crédits gagés et des besoins analysés via les PRIAC.

3.1.1.3. Une cause structurelle de la sous-consommation de l'OGD

- [293] La construction actuelle de l'OGD ne peut être que source de décalage entre la prévision budgétaire telle qu'elle est établie et la réalité de la dépense future dans le sens tout aussi bien d'une sous ou d'une surconsommation. Le système « s'autoalimente » même à la différence du mécanisme des AE/CP créant un « cercle vicieux » de reconduction automatique d'année en année des excédents constatés.
- [294] En effet, la construction de l'OGD est fondée sur un raisonnement en autorisations d'engagement de crédits où les AE sont égales aux CP alors même que le système d'autorisation implique un décalage entre les autorisations et le financement effectif des places ou des conventions de médicalisation et que les décaissements s'étalent ainsi sur plusieurs années. La sous-consommation qui en découle sur une année donnée est systématiquement reconduite car la construction budgétaire s'appuie sur l'OGD théorique de l'année N-1.
- [295] La conception « descendante » de la construction budgétaire a conduit à des distorsions dans la « base ». En ne se fondant pas sur les établissements, la prévision n'intègre pas, par exemple, de mesures nouvelles négatives liées aux fermetures ou restructurations d'établissements mais uniquement des mesures nouvelles positives liées aux créations de places. Ces distorsions rendent encore plus difficiles l'exercice de prévision budgétaire de l'évolution de la base. Une remise en place sera nécessaire.

3.1.2. L'insuffisante transparence du processus de la budgétisation

3.1.2.1. Les « ruptures » d'informations entre les acteurs de la procédure

- [296] Selon le groupe de travail sur les dispositifs de gestion de la DGAS, le processus de construction de l'OGD fait l'objet de « ruptures » d'information dommageables :

- certaines décisions politiques d'arbitrage sont prises sans chiffrage préalable de la CNSA,
- les réunions interministérielles n'associent pas obligatoirement la CNSA,
- à l'inverse, les réunions de calage de l'Ondam médico-social peuvent se faire hors de la présence de la DGAS.

[297] Il serait utile, compte tenu de l'imbrication des rôles de chacun et de la responsabilité particulière de la CNSA en matière de dépenses médico-sociales d'affirmer le rôle technique de la CNSA dans l'élaboration de l'Ondam médico-social et de préciser les modalités d'association de l'ensemble des acteurs à la construction de l'ONDAM dans le cadre du PLFSS :

- expertise obligatoire de la CNSA sur toutes les mesures politiques ou techniques prises ou envisagées par l'Etat, concernant la politique salariale par exemple ;
- élaboration par la CNSA des documents techniques relatifs à l'ONDAM et envoi au cabinet avec copie à la DDS et à la DGCS qui peuvent demander des compléments d'information, les hypothèses et les scénarios ayant été travaillé en amont par les institutions.

3.1.2.2. Un mécanisme peu transparent pour le Parlement

[298] Le rapport Gisserot⁷⁰ (2007) et celui de la mission sénatoriale sur le cinquième risque⁷¹ (2008) ont mis en lumière l'absence d'insertion claire de la CNSA dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

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

- la déclinaison de l'Ondam en sous-objectifs, qui permet au Parlement de voter l'Ondam médico-social géré par la CNSA ; l'objectif global des dépenses (OGD) qui intègre, outre l'Ondam, la contribution de la CNSA sur ses recettes propres, en revanche, ne fait pas l'objet d'un vote au Parlement ;
- le vote, en loi de financement, des dispositions législatives relatives aux recettes et aux dépenses de la CNSA, dans la mesure où celles-ci ont un effet sur les dépenses d'assurance maladie ;
- la présentation d'annexes informatives puisque la CNSA fait l'objet d'un programme de qualité et d'efficience (PQE) depuis le projet de loi de financement pour 2008 et qu'une seconde annexe est consacrée aux comptes de la caisse.

[300] Mais tant l'OGD que l'apport financier de la CNSA à celui-ci sont fixés uniquement par voie d'arrêté, le Parlement n'est informé de leur montant prévisionnel que dans le cadre de l'annexe 8 du PLFSS dont pour reprendre les termes de la Cour des Comptes la lisibilité reste faible⁷². Il conviendrait pour une meilleure information du Parlement 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.

⁷⁰ « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix » - Hélène GISSEROT – Mars 2007 - page 85.

⁷¹ Rapport d'étape de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque – Juillet 2008

⁷² Rapport annuel de la Cour des comptes sur les comptes de la Sécurité Sociale 2008.

3.2. Des dotations départementales fixées sur la base de critères de répartition mécaniques

[301] La procédure de fixation des dotations régionales et départementales offre plusieurs avantages. Elle comporte une différenciation claire entre le financement de la reconduction au sens large (c'est-à-dire incluant le financement de l'extension en année pleine des mesures nouvelles) et celui des mesures nouvelles. Elle permet de répartir les mesures nouvelles définies en cohérence avec les objectifs fixés dans les plans nationaux et sur des bases équitables entre régions et départements. La mission a ainsi pu constater que dans certains cas (comme par exemple le Pas-de-Calais) elle a permis l'engagement d'efforts inégalés de création de places donc une forme de rattrapage par rapport à des périodes de sous-investissement.

[302] Mais sa mise en œuvre a fait apparaître des difficultés sérieuses qui, pour une large part, sont liées à son caractère essentiellement « descendant », c'est-à-dire à une allocation de ressources mise en œuvre sans un dialogue de gestion resserré et efficace avec les services déconcentrés. De ce fait, les critères utilisés pour la répartition ne prennent pas en compte la réalité des conditions de gestion des établissements et ne permettent pas le pilotage des plans nationaux à partir d'une appréciation concrète de leurs conditions de mise en œuvre. La centralisation des décisions de soutien à l'investissement accroît encore la déconnexion entre le financement du fonctionnement et celui de la modernisation des établissements. Au total ces dysfonctionnements de la procédure budgétaire affaiblissent la capacité de pilotage des services.

3.2.1. Les limites des méthodes utilisées pour la définition des dotations départementales

3.2.1.1. L'absence d'actualisation des bases

[303] La plus grande partie des dotations correspond au financement de l'actualisation du coût des moyens existants, c'est-à-dire au financement de la reconduction et de l'extension en année pleine des mesures nouvelles de l'année précédente. Comme cela a été indiqué précédemment, le calcul de cette partie des dotations se fait en reprenant la dotation fixée pour l'année en cours après abattement de la part des crédits non reconductibles correspondant aux actions nationales de modernisation.

[304] Il n'y a donc pas d'actualisation des bases à partir de la dépense réalisée au niveau local pour l'année en cours. Concrètement cela signifie que les services territoriaux ne sont pas systématiquement amenés à faire part des évolutions qui doivent être répercutés sur la base telle que les fermetures ou restructurations d'établissement.

[305] Par ailleurs, en 2006 et 2007, dans certains départements, les conditions de mise en œuvre des politiques de médicalisation ont abouti à des consommations de crédits inférieurs à ce qui avait été budgété sur la base des objectifs quantifiés de places à pathosifier et du coût moyen unitaire. En effet il arrive fréquemment que la « pathosification » se fasse plus lentement que prévu ou à un coût réel inférieur au coût moyen budgété. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle à partir de 2008 les crédits correspondant n'ont été délégués que sur facture ; ce qui a conduit à ce que les crédits inutilisés soient centralisés à la CNSA. Mais les excédents accumulés entre 2006 et 2007 ont été maintenus au niveau local où ils représentaient un montant non négligeable. En l'absence d'une procédure d'allocation de ressources conduisant à financer les établissements sur la base de leurs coûts réels et donc d'une révision annuelle des bases, ces situations ne peuvent que perdurer.

3.2.1.2. L'absence de prise en compte d'exigence de performances

- [306] La dotation départementale est calculée indépendamment des performances des établissements du département. Pour les EPHAD le principe même du financement au GMPS conduit à définir les dotations sur la base de la charge en soin appréciée de manière objectivée et homogène d'un établissement à l'autre. Ce mode de financement constitue un premier pas vers un système de financement incitatif à la mise en œuvre de normes de qualité et d'efficience dans la production des soins.
- [307] De plus à partir de l'année 2009, pour ces établissements, le dispositif de convergence déjà évoqué plus haut doit permettre de réduire les écarts de coût et donc d'efficience entre EPHAD. Mais l'impact de cette disposition est limitée à une diminution des dotations de 8,8M€ au niveau national.
- [308] Pour le reste, et notamment pour les ESMS pour personnes handicapées, la construction des dotations est effectuée indépendamment d'objectifs de qualité et d'efficience dans la gestion des établissements. Cette situation ne crée donc aucune incitation pour les DDDAS à développer vis-à-vis des établissements des exigences de performance dans leur campagne budgétaire. Dans les départements où elle s'est rendu la mission a constaté que, sauf exceptions, les services n'utilisaient quasiment pas les indicateurs de qualité dans la gestion du dialogue budgétaire avec les établissements. Les démarches mise en place vis à vis des médecins généralistes dans le cadre des contrats d'aide à la performance individuelle CAPI n'ont pas été transposées dans la gestion des soins en établissement.

3.2.2. Les difficultés liées aux critères de répartition des dotations de créations de places nouvelles et aux outils de programmation

- [309] La répartition des mesures nouvelles pour les créations de places nouvelles se fait à travers la procédure « PRIAC ». A l'occasion de ses enquêtes de terrain la mission a confirmé les constats effectués par de la mission IGAS d'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC⁷³.

3.2.2.1. Des critères de répartition des mesures nouvelles qui ne permettent pas une appréhension précise des besoins

- [310] L'analyse des critères utilisés doit différencier le champ des personnes âgées de celui des personnes handicapées.
- [311] Pour les personnes âgées, les trois critères utilisés sont l'euro par habitant, la population de plus de 75 ans et le taux d'équipement. Ces critères ne permettent pas une appréhension précise des besoins. Ainsi le critère d'âge n'est pas pertinent pour apprécier les besoins de prise en charge des personnes dépendantes. Ceux-ci sont fondamentalement liés à leur état sanitaire et à leur situation sociale qui sont différents d'un territoire à l'autre : les besoins d'une personne de 75 ans et plus dans le Nord Pas-de-Calais sont différents de ceux d'une personne de la même tranche d'âge en Midi-Pyrénées.
- [312] Les écarts à la moyenne dans les taux d'équipement ne sont pas non plus significatifs des besoins car ils sont déterminés par des situations historiques qui a un moment donné ont conduit à l'installation sur un territoire d'équipements et de services. Un facteur important des disparités est constitué par la densité médicale et para médicale qui conduit à une offre de services nettement différenciée selon les territoires.

⁷³ Rapport Igas RM 2008-145 P « Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC » - Mars 2009

- [313] De plus les critères utilisés ne prennent pas en compte la capacité à faire émerger des projets et donc à intéresser des promoteurs à s'engager dans leur réalisation. Dans la réalité, faute d'une demande solvable et de promoteurs ayant les capacités techniques et financières nécessaires, il n'est pas possible de mettre en œuvre les projets de création ou d'extension.
- [314] Enfin les critères ne prennent pas en compte la capacité de partenariat avec le Conseil Général et donc le degré de cohérence entre les orientations fixées par la CNSA et le préfet de région et les politiques définies par le Conseil général dans son schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Comme cela sera explicité plus loin, dans beaucoup de cas les divergences entre l'Etat, l'Assurance Maladie et le Conseil Général ou simplement le poids accru des contraintes financières, constituent un frein puissant pour la réalisation des projets.
- [315] Pour les personnes handicapées, trois critères servent à la constitution des dotations : la population de moins de 20 ans pour l'enfance ou de 20 à 59 ans pour les adultes, le taux d'équipement global et le prorata des projets en attente de financement. S'y ajoute, quand la collecte des données est possible, la prise en compte des listes d'attente et les amendements Creton.
- [316] Les deux premiers critères sont critiquables car « ils ne prennent pas en compte les placements des personnes handicapées dans les établissements situés en dehors de leur département d'origine...et ne reflètent pas la réalité de la population en situation de handicap dans la mesure où les facteurs sociaux et environnementaux de recours aux établissements et services médicaux-sociaux sont mal connus ...Le troisième critère ne correspondant à aucune analyse objective des besoins »⁷⁴.
- [317] Pour l'ensemble des populations concernées, la déclinaison mécanique de ces critères au niveau départemental accroît beaucoup leur inadéquation. En effet, l'utilisation de critères démographiques peut se concevoir au niveau de territoires régionaux et en sens inverse l'utilisation de critères concernant l'offre de services est utile pour l'appréciation des besoins sur un bassin de vie. Le niveau départemental n'est pas le mieux approprié dans tous les cas. Dans une période de forte montée en régime des crédits, les conditions de constitution des dotations ont donc conduit à ce que des financements soient alloués à des départements dans lesquels ils ne pouvaient être affectés à des projets générant ainsi une sous-consommation des crédits.

3.2.2.2. La faiblesse des outils de programmation de la création de places nouvelles et du suivi de leur réalisation

- [318] Les PRIAC ne constituent pas de véritables outils de programmation financière permettant un réel suivi des engagements pluriannuels. Les PRIAC font apparaître des enveloppes de place par catégorie (EPHAD, SSIAD etc...), par département et par année. Les projets autorisés ne sont pas inscrits dans les PRIAC de manière explicite. Celui-ci ne se présente pas comme un portefeuille de projets qui feraient apparaître pour chaque projet des échéanciers de réalisations et donc permettrait de prévoir les consommations effectives de crédits afférents.
- [319] Les crédits sont réservés aux projets autorisés de manière extra-comptable.
- [320] En effet, à la différence de la situation dans les services de l'Etat et des organismes de sécurité sociale, il n'existe pas de procédures d'autorisation d'engagement conduisant à l'affectation de crédits pour le financement de projets dont la réalisation s'étale sur plusieurs exercices et pour lesquels les paiements n'interviennent qu'à échéance de 2 ou 3ans.

⁷⁴ Rapport Igas RM 2008-145 P « Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC » Mars 2009

[321] Il est donc impossible de suivre de manière comptable depuis le niveau central ou régional le déroulement dans le temps de la gestion des opérations de création de places nouvelles. Pour pallier les conséquences de cette faiblesse, la CNSA a multiplié les enquêtes, notamment au printemps 2009. Mais il est apparu que les remontées n'étaient pas suffisamment fiables et précises pour permettre de véritablement appréhender les engagements pluriannuels année par année.

[322] L'enquête effectuée par la mission a permis de faire recenser par les services des DDASS le montant des crédits affectés à des engagements de créations de place ainsi que les engagements aboutissant en 2010 à des installations effectives de places nouvelles. Mais les données fournies par ce type d'enquêtes ponctuelles et déclaratives sont moins fiables et précises que des systèmes d'information fonctionnant en routine et de manière articulée avec le système comptable.

3.2.2.3. La centralisation excessive de la procédure des PAI

[323] La procédure de PAI a permis de soutenir le financement de dépenses nécessaires pour la sécurité ou la qualité de vie dans des établissements qui connaîtraient certainement sans cet apport des difficultés de financement. Mais cette procédure est très centralisée, ce qui emporte de nombreux effets négatifs.

[324] En premier lieu, la procédure fonctionne de manière largement déconnectée des procédures de campagne budgétaire et donc des choix d'utilisation des Crédits Non Reconductibles. Dans plusieurs départements visités par la mission, il existait de fait deux politiques de soutien à la modernisation des ESMS : la procédure PAI gérée par la CNSA avec les concours des IRE et des équipes de la DRASS et celle de CNR gérée par la DDASS souvent en articulation étroite avec les interventions du Conseil Général. Sauf exceptions comme dans la région Centre, il n'y a pas de mise en cohérence de ces différentes procédures et, dans des cas extrêmes, des choix de financement traduisant des logiques contradictoires peuvent coexister.

[325] En tout état de cause, le fonctionnement centralisé et par là même la séparation radicale entre le financement du fonctionnement et le soutien à l'investissement ne permet pas d'avoir une approche globale du développement des établissements qui conduirait à soutenir leur modernisation à partir d'une vision exigeante de leur fonctionnement et donc de leur capacité d'autofinancement.

[326] La centralisation de la décision conduit à des comportements biaisés de la part des services régionaux : recherche d'une allocation maximale en transmettant des projets techniquement insuffisamment mûris, désengagement du suivi effectif des projets financés par le niveau central d'autant que celui-ci repose sur la présence d'IRE dont tous les postes ne sont pas pourvus. Ces difficultés expliquent pour une part la faiblesse des niveaux de consommation de crédits.

3.3. *La mise en place des enveloppes anticipées*

[327] Jusqu'en 2006, la CNSA se limitait à notifier les crédits de l'assurance maladie destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux de l'année en cours. Pour favoriser une programmation pluriannuelle, elle a notifié de façon anticipée, à partir du second semestre 2006, les crédits de la dotation 2007.

3.3.1. La programmation pluriannuelle

- [328] Ces enveloppes anticipées constituent un engagement prévisionnel de financement, qui doit permettre aux services déconcentrés d'autoriser sur l'année N certains projets de création de places ou de services nouveaux qui n'auront d'effets qu'en N+1, N+2 ou N+3 depuis l'exercice 2009. Ainsi, sans remettre en cause l'obligation de disposer du financement qui les conditionne, l'anticipation raccourcit les délais de mise en œuvre d'un projet en accélérant les effets de la procédure d'autorisation.
- [329] Or, suivant l'importance, du projet, un ou plusieurs exercices pouvaient être nécessaires pour disposer de l'intégralité des coûts de fonctionnement de la structure, sans compter les délais liés à sa réalisation (disponibilité des locaux, recrutement du personnel...). CNSA Lettre d'information n°7 – juin 2007
- [330] En pratique, les enveloppes anticipées doivent permettre à la CNSA de limiter la sous-consommation des crédits parce qu'elles accélèrent la réalisation des projets. Elles doivent ainsi réduire la durée de gage des crédits de mesures nouvelles le temps que le service déconcentré accumule un nombre de places suffisantes pour ouvrir un nouvel établissement ou accorder une autorisation d'extension.
- [331] Le concept est efficace car il permet, dans son principe, d'attribuer un nombre de places à hauteur de la totalité d'un projet de création ou d'extension. Il a, en outre, une force juridique puisqu'il donne lieu à notification, ce qui constitue une garantie pour les promoteurs.
- [332] Mais il est limité. Si la CNSA a adapté la procédure d'autorisation, elle n'a pas pour autant introduit le degré d'avancement des projets dans les critères de répartition des enveloppes anticipées. Partant, l'usage qui a été faite des enveloppes anticipées a conduit au maintien des pratiques antérieures, pérennisant la sous-consommation.

3.3.2. La pratique de la CNSA

- [333] Les enveloppes anticipées ont été fractionnées par la CNSA. Elles sont évaluées sur la base du niveau moyen de créations de places des dernières années hors effet de l'actualisation des moyens et des crédits de médicalisation. Ainsi, sur l'exercice 2007, les montants notifiés par anticipation sur les financements 2008 représentaient 40% du nombre moyen de places créées au cours des cinq dernières années et 20% pour les montants notifiés par anticipation sur les financements 2009.

Tableau 19 : Enveloppes Anticipées notifiées secteur Personnes Agées

En M€	EA 2007	EA 2008	EA 2009	EA 2010	EA 2011	EA 2012
2006	34					
2007		33	17			
2008			37	37		
2009				52	62	20

Source : CNSA

Tableau 20 : Enveloppes Anticipées notifiées secteur Personnes Handicapées

En M€	EA 2007	EA 2008	EA 2009	EA 2010	EA 2011	EA 2012
2006	92					
2007		60	30			
2008			70	70		
2009				85	82	16

Source : CNSA

3.3.3. La pratique des services déconcentrés

- [334] Les services ont maintenu de fait leur pratique des gages. La notification est ventilée au promoteur de façon globale mais répartie sur différentes enveloppes (crédits gagés, enveloppes anticipées des années N+1 et N+2).
- [335] Mais, malgré la mise en place des enveloppes anticipées, les services ont continué à financer les projets par tranches et par exercice plutôt que de mobiliser l'ensemble des moyens sur un seul projet pour éviter le « saupoudrage ».
- [336] C'est ainsi que la création des établissements est restée un « puzzle » comme le montre l'exemple de l'EHPAD de LANDUDEC-PLOGASTEL, établissement de 76 places en cours de création dans le département du Finistère, valorisées sur la base d'un coût unitaire de 8.700 € par place.

Tableau 21 : Répartition de l'enveloppe 2008 par projets (extrait)

Projet de LANDUDEC-PLOGASTEL	Enveloppe 2008	Enveloppe anticipée 2009	Enveloppe anticipée 2010	Total EHPAD
En nombre de places	27	26	23	76
En euros	234.900	226.200	200.100	661.200

Source : DDASS du Finistère

- [337] Sur 2009, la pratique des services revient à reproduire la pratique des crédits gagés. En effet, le projet ouvrant en 2010 aura généré l'attribution de mesures nouvelles au titre des enveloppes anticipées 2009 pour un montant de 226.200 € que la CNSA a prévu de déléguer au titre des mesures nouvelles. L'établissement générera donc toujours des crédits non-consommés alors qu'il aurait fallu imputer les 49 places sur l'enveloppe anticipée 2010 et libérer ainsi 26 places sur un autre projet ouvrant en 2009 mais ne se situant pas forcément dans ce département. La refonte des règles devrait amener la CNSA et les services déconcentrés à revoir leurs pratiques, sachant que le mécanisme des appels à projets devrait faciliter cette évolution.

4. UNE GESTION LOCALE DE PLUS EN PLUS AUTONOME

- [338] Faute d'un cadre de dialogue resserré entre les services centraux et les échelons territoriaux et au sein de ceux-ci entre le niveau régional et les services départementaux, la mission a constaté des difficultés dans le pilotage des politiques et une autonomie croissante des services dans la gestion de l'OGD. Ces difficultés pourraient avoir des conséquences d'autant plus dommageables que le contexte va évoluer vers une contrainte locale financière plus forte entraînant le retrait de certains Conseils généraux ou de promoteurs.

4.1. Les faiblesses du pilotage stratégique

4.1.1. L'éclatement des responsabilités entre les acteurs

[339] L'éclatement des responsabilités est une des causes de la perte de contrôle du dispositif. La responsabilité du pilotage est actuellement répartie entre trois intervenants :

- A l'administration centrale revient la définition des politiques nationales ainsi que la fixation de la réglementation qui en découle ; elle détient, en outre, jusqu'en 2010, la tutelle des services déconcentrés et surtout de l'échelon clé de cette politique à savoir les DDASS ;
- A la CNSA revient la responsabilité de répartir les enveloppes entre les départements, principalement les mesures nouvelles selon des critères quantitatifs et « objectifs » ;
- A l'Assurance-maladie revient la charge de valider les critères de calculs des charges de médicalisation et d'effectuer les paiements qui résulte de la tarification.

[340] Cet éclatement des responsabilités est à l'origine de la perte de contrôle du dispositif. La mission a pu constater lors des entretiens que chacune des parties se retranche volontiers derrière les textes pour prévenir les critiques. Il est ici rappelé qu'elle est intervenue au titre de sa fonction de conseil et non de contrôle a posteriori. C'est pourquoi les constats dressés ne doivent pas être lus comme une mise en cause de tel ou tel intervenant ou de tel échelon administratif.

[341] La perte de maîtrise est parfaitement illustrée par le cas du forfait journalier dans le secteur des PH. En effet, les termes de l'arrêté du 9 juillet 2007 déjà évoqués (Cf.1.2.4) ont conduit les services déconcentrés à considérer que puisque ces recettes ne relevaient plus de l'enveloppe CNSA, ils disposaient de moyens supplémentaires qu'ils se sont employés à attribuer à des établissements.

4.1.2. Les limites du dialogue des services déconcentrés avec la CNSA

[342] La CNSA se voit comme un simple « répartiteur d'enveloppes ». La pratique est plus nuancée. Tout d'abord, la répartition des enveloppes nationales lui donne l'occasion d'intervenir sur des projets identifiés. Ensuite, la connaissance des établissements en projet est indispensable pour établir une programmation budgétaire. Il n'est d'ailleurs pas dans l'intention de la mission de mettre en cause cette tendance mais, au contraire, d'en affirmer le bien fondé pour deux raisons.

[343] En premier lieu, la mission réaffirme qu'aucune programmation budgétaire efficace ne peut se faire sans raisonner à partir des établissements en prenant en compte ceux qui sont en projet mais également ceux qui sont en fonctionnement. Les variables d'ajustement de ces derniers ont une incidence majeure sur les masses budgétaires en jeu et peuvent rarement se résumer à un taux de progression uniforme. Cette idée a été prise en compte par la CNSA au travers de la notion de convergence. La centralisation de ces informations est nécessaire pour garantir la fiabilité de la programmation budgétaire au niveau national mais elle ne doit pas interférer avec les responsabilités de répartition des ressources entre établissement qui doit clairement être de la compétence des services déconcentrés, c'est-à-dire des ARS.

[344] En second lieu, une certaine forme de dialogue s'est établie entre les services déconcentrés et la CNSA mais dans un contexte flou. Dans les différentes DDASS visitées, la mission a pu constater que les agents en place depuis plusieurs années avaient, par la force des choses, réussi à établir un contact avec des personnes de la CNSA par téléphone ou par courriel. L'enquête effectuée dans le cadre de la présente mission n'a fait que renforcer ce constat.

[345] Il ne semble pas à la mission que la CNSA ait les moyens d'établir un dialogue avec toutes les DDASS et que ceci soit même souhaitable. Il reste que les questions soulevées par les DDASS à la lecture des notifications sont légitimes et appellent une réponse. La mise en place d'un système d'information nécessaire à la mise en place d'une programmation budgétaire fondée sur les budgets prévisionnels des établissements doit être l'occasion de faciliter cet échange d'informations entre le niveau local et le niveau central.

4.1.3. Des synergies locales trop informelles

[346] Les difficultés résultant de la répartition des responsabilités entre la CNSA et l'Assurance-maladie ont une dimension locale car elles occasionnent des erreurs matérielles comme l'illustre, par exemple, l'imputation de deux établissements sanitaires sur l'enveloppe du médico-social de la DDASS de Charente en 2007 et 2008 pour un total de 4M€

[347] Si un dialogue existe au niveau local, il résulte essentiellement d'initiatives locales. Procéder systématiquement au rapprochement des fichiers entre CPAM et DDASS est pourtant essentiel.

[348] Il est symptomatique que ce soit la mission qui ait mis à disposition des DDASS qu'elle a visité les fichiers des versements mensuels que lui avait transmis la CNAMTS. Leur exploitation par les DDASS se révèle pourtant très utile, leur permettant notamment de savoir si les modifications tarifaires ont été traduites financièrement alors qu'elles doivent aujourd'hui s'en remettre aux déclarations des responsables des établissements. Ce rapprochement va dans le sens d'une plus grande efficacité et montre combien la mise en place des ARS doit être un élément clé dans la reprise de contrôle du dispositif.

4.1.4. L'exemple du plan Alzheimer

[349] L'OGD participe au financement du Plan Alzheimer à hauteur de 738M€ sur 1,6Mds€ sur la période 2008-2012 pour la mise en œuvre de la mesure 16 du Plan relative à la création ou l'identification, notamment au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux.

[350] Le premier objectif est de généraliser, au-delà des unités déjà dédiées aux malades atteints de la maladie d'Alzheimer dans de nombreux EHPAD, la création d'unités spécifiques, notamment des unités d'hébergement renforcées (UHR) accueillant nuit et jour une douzaine de personnes atteintes de troubles très importants du comportement et des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), plateforme proposant des activités à la fois sociales et thérapeutiques pendant la journée aux résidents ayant des troubles du comportement modérés. Globalement, l'objectif est de disposer à fin 2012 de 30.000 places dotées d'un projet spécifique, adapté à la gravité des troubles du comportement, comprenant la création de 12.000 places nouvelles et le renforcement de 18.000 places existantes en personnels pour des coûts respectifs sur la durée du plan de 180M€ et de 378M€. Le second objectif concerne la construction ou l'adaptation de 15.000 places dans leur aménagement voire dans leur architecture pour un montant de 180M€, financés par la CNSA dans le cadre des plans d'aide à l'investissement.

[351] Les problèmes rencontrés par la direction de la mission de pilotage du Plan Alzheimer, pour la mise en œuvre de la mesure 16, recourent ceux évoqués concernant l'analyse des besoins par département, le pilotage et la gestion de l'OGD dans sa globalité.

- [352] En premier lieu, pour déléguer les crédits de création et de renforcement des places par département, il est nécessaire d'analyser les besoins départementaux. Pour cela, il apparaît indispensable de se fonder dans un premier temps sur le nombre de places existantes dédiées aux malades atteints de la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire d'établir une base T0 partagée par les différents acteurs. Or comme nous l'avons évoqué pour le parc des places par type de structures, cette information n'était pas ou peu disponible. Aucun système d'information et notamment la base FINESS, ne recense les places dédiées aux malades d'Alzheimer. Il a donc été nécessaire de lancer une enquête lourde CNSA/ DRASS/ DDASS et un plan de visite des DDASS des unités se déclarant « Alzheimer » pour simplement déterminer cette base T0. Cette enquête a été lancée tardivement de mars à juin 2009 alors même que le Plan Alzheimer prévoyait une dépense de 296M€ dès l'année 2008. En outre, l'enquête a abouti à une révision des T0 initiaux annoncés, de 6.683 places à 6.100 places pour l'AJ et de 7.390 places générales à 1.023 places réservées « Alzheimer » pour l'HT, ce qui a entraîné une révision du nombre de places « Alzheimer » effectivement créées via le financement et la gestion de l'OGD par la CNSA.
- [353] La mission de pilotage du Plan rencontrent par ailleurs des difficultés à obtenir de la CNSA les montants notifiés aux DDASS et les réalisations annuelles de créations de places spécifiques au Plan Alzheimer. Les crédits Alzheimer et les réalisations de places nouvelles ne sont pas, selon son analyse, suffisamment suivis mais « noyés » dans la masse des montants délégués de mesures nouvelles. La mission de pilotage du Plan n'obtenant pas d'éléments démontrant la notification aux DDASS par la CNSA de crédits spécifiques pour la mesure 16 n'a ainsi pas inscrit dans son suivi des dépenses du Plan Alzheimer de montant exécuté au titre de l'exercice 2008 pour cette mesure 16.
- [354] En outre, la CNSA, dans le souci de mettre en œuvre le Plan Alzheimer, a notifié dès mars 2008 aux DDASS 180M€ de crédits dans le cadre du PAI 2008 pour permettre l'adaptation des EHPAD à l'accueil des malades d'Alzheimer. La CNSA a ainsi sélectionné 171 projets pour un montant de 188,5M€ Mais cette sélection des projets s'est faite avant que le cahier des charges définissant les unités Alzheimer (UHR et PASA) et déterminant ainsi les critères que devait respecter les porteurs de projet ne soit rédigé. Ce cahier des charges des UHR et PASA a été diffusé par la DGAS le 29 avril 2009, soit un an après. On peut s'interroger ici encore sur la qualité de la coordination et de la répartition des compétences entre la DGAS et la CNSA.
- [355] En retour, les projets retenus dans le cadre du PAI 2008 n'ont pas été considérés par la mission de pilotage du Plan Alzheimer comme des projets relevant des 180M€ de crédits d'aide à l'investissement pour la construction ou l'adaptation des places Alzheimer en l'absence de sélection sur la base du cahier des charges des UHR et des PASA. Cette position a été confirmée en RIM, impliquant le report en 2009 de la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement à hauteur de 180M€ Compte tenu de la parution tardive des conditions de financement et de fonctionnement des UHR et PASA (publication de la nouvelle instruction d'aide à l'investissement de la CNSA en avril 2009, délais d'appel à candidatures et de sélection des dossiers), et de la réforme de la tarification (circulaire DGAS/DSS/DHOS du 6 juillet 2009), il est peu probable que davantage de projets puissent être financés dans le cadre du PAI 2009.
- [356] Le manque d'anticipation, les difficultés de coordination et de partage clair des compétences entre la CNSA et la DGAS ont ainsi retardé d'un an (les mesures 2008 ont été reportées sur l'année 2009), voire de deux ans (compte tenu des délais de publication des circulaire DGAS/DSS/DHOS et instruction CNSA au titre de l'exercice 2009) la mise en œuvre du Plan Alzheimer.
- [357] La principale critique à l'encontre du dispositif actuel est qu'il est difficile de coordonner l'action de l'administration centrale (DGAS qui est pilote de la mesure 16, sous-pilote de la mesure 4 et partenaire pour la mesure 1) avec celle de la CNSA (pilote de la mesure 1 et sous-pilote pour les mesures 4 et 16), la première ayant perdu le levier du financement et la seconde n'étant pas en mesure de fournir un chiffrage annuel précis des montants spécifiquement notifiés aux DDASS pour la mise en œuvre du Plan Alzheimer, notamment pour les créations de places AJ/HT.

4.2. L'autonomie croissante de la gestion locale de l'OGD

- [358] Les services locaux bénéficient d'une souplesse accrue et usent activement de cette faculté.
- [359] D'une part, les services interprètent les circulaires de la CNSA.
- [360] D'autre part, la pratique des reprises de résultats accroît les marges de manœuvre locales.

4.2.1. L'interprétation des directives de la CNSA

- [361] Qu'il soit entendu que la mission n'entend pas contester le principe d'accorder de la souplesse de gestion acquise par les services déconcentrés. Elle est indispensable pour faire face aux besoins réels du secteur. Mais elle doit avoir pour corollaire un suivi rigoureux car sinon l'autonomie risque de remettre en cause jusqu'aux objectifs des politiques décidées au niveau national.
- [362] Ce risque est accru par la faiblesse relative des équipes affectées au sein des DDASS au secteur médico-social. La mission a pu constater dans les huit départements visités que le travail reposait sur un nombre réduit de personnes et que la mémoire du service est souvent mis à mal lors du départ ou de la promotion d'un agent. Il revient à la CNSA, au travers de la mise en place du système d'information préconisé par la mission, de garantir la permanence de ce suivi.
- [363] Certaines souplesses de gestion résultent des directives mêmes de la CNSA. Ainsi la mise en œuvre de la convergence tarifaire est une source de gestion différenciée par les services lors de la détermination de leur taux de progression. La mission a pu constater que la mise en œuvre dans le département des Yvelines se traduisait par une progression de la base budgétaire globale inférieure au plafond fixé au niveau national.
- [364] La souplesse de gestion intervient également dans l'interprétation faite des directives de la CNSA. Une question est ainsi apparue s'agissant de la prise en charge des frais financiers dans la détermination du tarif notifié aux établissements et à l'assurance maladie. Certains départements ont considéré que l'enveloppe affectée aux frais financiers devait couvrir les cinq années de financement du projet tandis que d'autres ont pris en charge les frais financiers sur l'année en cours, finançant ainsi plus de projets mais créant des obligations pérennes pour les quatre années suivantes qu'elles devront financer sur leur enveloppe.
- [365] Dans d'autres cas, enfin, elle résulte de l'absence de directive. C'est ce que la mission a pu constater pour les reprises de déficits et d'excédents. Les DDASS n'ont pu faire état d'autre référence que la pratique locale. Le département des Yvelines, par exemple, a fixé une règle qui veut que les excédents de moins de 100.000 € ne sont pas repris mais laissés afin de renforcer les fonds propres des établissements.

4.2.2. La pratique des reprises de résultats

- [366] La pratique de reprise des déficits et des excédents est une autre source de souplesse de gestion de l'OGD par les services déconcentrés. Ils sont d'ailleurs souvent traités dans une même colonne du tableau excel servant de base à la campagne tarifaire. Dans le cadre de l'enquête remontée des DDASS, la mission a demandé de présenter séparément ces deux éléments et non « en net » comme cela est souvent fait, ce qui est logique puisque les excédents disponibles servent à financer des reprises de déficits. Le but était d'identifier le volume exact des marges de « mesures nouvelles » ainsi dégagées.

Tableau 22 : Excédents et déficits secteurs des PA et des PH

En M€	2008	2009
Reprises de déficit	78.861.808	75.759.213
Reprises d'excédents	74.391.787	82.515.922

- [367] La mission a pu constater l'importance en valeur absolue des variations résultant des reprises d'excédent et de déficit. Si ceci lui est apparu logique dans le secteur des PH compte tenu de la place de la tarification au prix de journée, elle a, en revanche, été surprise du poids de cette pratique dans le secteur des PA, pourtant placé sous le régime des conventions globales.
- [368] Elle a également noté le caractère systématique du gage : les services redéployent les moyens libérés par les excédents au financement des déficits comme en témoigne la symétrie des chiffres. En fait, il s'agit ici de quasi mesures nouvelles « financées dans la masse ».
- [369] Cette autonomie de gestion dont l'efficacité n'est pas remise en cause par la mission présente cependant des risques en raison de l'absence de lien entre le service qui tarifie et celui qui effectue les versements.
- [370] En effet, cette souplesse de gestion ne serait pas préoccupante si elle ne se développait pas dans un contexte particulier : d'une part la faiblesse du système d'information de la CNSA ; d'autre part l'absence de liens institutionnels entre les services déconcentrés qui fixent la dépense au travers de la tarification et les organismes qui effectuent les versements aux établissements.
- [371] Ce second élément est le plus problématique car il explique pourquoi le phénomène n'est pas sous contrôle. En effet, à l'issue de leur campagne tarifaire, les services déconcentrés établissent les arrêtés de tarification soumis à la signature des Préfets. Comme nous l'avons vu, les CPAM n'effectuent aucun contrôle si ce n'est formel (absence de signature,...) desdits arrêtés. En particulier, ils n'ont pas la responsabilité ni les moyens de rapprocher leurs versements en application des arrêtés et les enveloppes notifiées par la CNSA. Ils ne peuvent donc pas savoir si la somme des arrêtés est supérieure au montant de l'enveloppe notifiée comme c'est le cas pour le secteur des PH dans le département du Puy-de-Dôme. Qui plus est, le dépassement ne donne lieu à aucune mesure de redressement obligatoire.
- [372] La mission a tiré deux conclusions :
- La dépense a pour origine les arrêtés de tarification. Les contrôles doivent se renforcer à ce stade afin de rendre les enveloppes véritablement limitatives ; en contrepartie, ceci suppose que la notification de la CNSA se fonde sur la réalité du fonctionnement des établissements existants ;
 - Afin d'étudier la réalité de la sous-consommation, il faut partir des arrêtés des DDASS et reconstruire l'enveloppe nationale par agrégation afin notamment d'apprécier tous les engagements hors bilan pris - au niveau national mais aussi local - car l'accumulation de ces « mesures nouvelles locales » risque de créer des impasses de financement actuellement masquées par la croissance de l'enveloppe
- [373] C'est pour cette raison que l'enquête initiée par la mission et gérée par la CNSA à partir des remontées des DDASS a porté sur le rapprochement des crédits disponibles avec les montants correspondants aux arrêtés de tarification et aux engagements extrabudgétaires. Il faut admettre qu'une telle enquête a la faiblesse de reposer avant tout sur les prévisions des DDASS dont la CNSA ne peut que juger la cohérence globale. C'est cette lacune que doit combler le nouveau mécanisme de programmation budgétaire fondée sur un système d'information commun à tous les services déconcentrés et centralisé par la CNSA.

4.3. *Le poids des conseils généraux dans la procédure de programmation et la gestion des projets*

- [374] La gestion des crédits de l'OGD se fait sous la responsabilité conjointe des préfets de région (DRASS) et départements (DDASS) mais au cours des déplacements qu'elle a effectués dans différents départements, la mission a constaté que les Conseils Généraux ont un poids important dans la gestion des crédits de l'OGD.
- [375] La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales dite Acte 2 de la décentralisation a confié au département un véritable rôle de chef de file dans le domaine médico-social. Les départements ont une compétence générale de planification à travers l'élaboration du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS). Ils assurent la mise en place de la coordination des acteurs dans le cadre des MDPH et des CLIC. Ils jouent un rôle majeur dans le financement et la tarification des ESMS et d'abord pour ce qui concerne les EPHAD.
- [376] Dans la plupart des départements visités par la mission, l'imbrication très forte des responsabilités des Conseils Généraux avec celles de l'Etat-Assurance Maladie a conduit à la mise en place d'un partenariat intense entre les services des Conseils Généraux et ceux des DDASS. Les difficultés d'organisation et de fonctionnement de beaucoup de DDASS et aussi les limites du pilotage et de l'animation mise en œuvre par les DRASS ont conduit à renforcer les liens avec les services des conseils généraux.
- [377] La mission a constaté que souvent les services des DDASS en charge du secteur médico-social étaient fragilisés par des vacances de postes ou un turn-over trop important. Dans un domaine pourtant très technique, où les services manquent d'appui méthodologique en provenance de la centrale (ne serait-ce que pour la compréhension de circulaires très complexes), les équipes sont composées en large partie et parfois dirigées par des agents contractuels le plus souvent recrutés pour une durée courte (dix mois non renouvelables) En dépit de la grande qualité individuelle et du professionnalisme remarquable des agents, cette situation empêche la mise en place d'équipes stables et disposant du temps nécessaire pour être présent sur le terrain. En l'absence d'un soutien en provenance du niveau national ou régional, ces équipes ont dû développer par elles-mêmes des outils de gestion de la campagne budgétaire (essentiellement à partir de tableurs excel) ou de programmation (du fait de l'impossibilité d'utiliser l'outil PRIAC)
- [378] Dans ce contexte, le partenariat avec les services du Conseil général dont les effectifs ont été dans la plupart des cas fortement renforcés et dont l'encadrement provient en large partie des services de l'Etat est apparu comme pouvant permettre de bénéficier d'une expertise précieuse (par exemple pour les projets d'investissement du PAI quand le poste d'IRE est vacant ou pour préparer l'instruction des projets en CROSMS).
- [379] La faiblesse du pilotage et de l'animation au niveau régional que ce soit celui des DRASS ou des CRAM a aussi conduit les DDASS à intensifier les relations avec les services des Conseils généraux. La mise en place de la CNSA et la fixation par celle-ci de dotations départementales a profondément modifié un mode d'allocation des ressources qui donnait antérieurement un rôle important de répartition intra-régionale aux services des DRASS.

- [380] Sauf exceptions, les DRASS fonctionnent plus comme « régulateur » dans la procédure du PRIAC que comme porteur d'un véritable pilotage régional et un centre de ressources pour sa mise en œuvre. Les exceptions sont cependant significatives et riches d'enseignements. Dans une région visitée par la mission la DRASS a conduit un travail de programmation régionale. Un document d'orientations a été établi à partir de diagnostic de besoins menés sur des territoires de santé dans le cadre d'un zonage homogène avec les territoires du SROS. La démarche a abouti à créer un score pour chaque territoire avec la possibilité de créer une hiérarchie des priorités et de construire la programmation des places nouvelles sur des bases objectives. Cette approche facilite l'articulation de la gestion médico-sociale avec les politiques de santé en direction des personnes âgées et avec la gestion hospitalière. Dans une autre région, la DRASS a engagé une démarche visant à coordonner les politiques de CNR mises en œuvre par les DDASS en assurant une cohérence entre les objectifs de créations de places du PRIAC. Dans une troisième région la DRASS a impulsé la préparation d'un plan métiers pour développer l'offre de compétences dans les ESMS. En sens inverse, les services des conseils généraux utilisent les DDASS afin de contenir les demandes des élus pour la création d'établissements dans des zones où les besoins sont satisfaits.
- [381] Dans tous les départements visités, de nouveaux SDOSMS étaient disponibles ou en cours de préparation. Mais leur contenu se révèle très hétérogène et rares sont ceux qui disposent d'une annexe financière programmant de façon pluriannuelle les établissements ou services à créer. En fait la précision des schémas est limitée par les lacunes des systèmes d'information et les difficultés à bien appréhender l'évolution des besoins. Sauf exception, les services de l'Etat sont généralement associés et parfois très en amont à la préparation des SDOSMS. La discussion permet d'aboutir à un accord sur la stratégie et facilite l'élaboration en commun des propositions présentées dans le PRIAC par la DDASS. La préparation des SDOSMS est aussi une occasion d'anticiper et de commencer à repérer les porteurs de projets.
- [382] Mais surtout les échanges sont très fréquents au niveau des services pour l'élaboration du PRIAC, la gestion des procédures d'autorisation et celle des campagnes tarifaires. S'agissant de la procédure PRIAC dans la plupart des départements visités la remontée des propositions par la DDASS était précédée d'une concertation active avec le Conseil général. Celle-ci étant suivie de près par le préfet et éventuellement relayé par lui au niveau du CAR.
- [383] Dans la plupart des départements visités par la mission, le département participait dans un sens favorable à une gestion efficace des crédits de l'OGD. Ainsi, dans un des départements visités pour lequel les mesures nouvelles affectées aboutissaient à un très fort volume de créations de places, les services de la DDASS et ceux du Conseil général ont conjugué leurs efforts pour assurer le financement du grand nombre de projets possibles. Ils ont de plus articulé leur aide à l'investissement, qu'il s'agisse des subventions à l'investissement du Conseil général ou de la prise en charge de frais financier par la DDASS afin de limiter le plus possible le reste à charge pour les résidents. Dans un autre cas, le Conseil général et la DDASS ont avec le concours de la DRASS établi un zonage du département permettant de déterminer de manière objective les territoires prioritaires pour la création de places nouvelles. La qualité du travail élaboré en commun a permis au président du Conseil général de faire approuver cette hiérarchie des priorités par les élus de l'assemblée départementale. Dans un troisième cas, la DDASS et les services du Conseil général ont géré une procédure d'appel à projets conduisant aux choix d'un promoteur sur la base d'un cahier des charges élaboré en commun et après une instruction conjointe des dossiers.
- [384] En sens inverse, la mission a pu constater dans des cas peu nombreux des situations de difficultés sérieuses dans la relation entre les services de l'Etat et ceux du département conduisant à bloquer la mise en œuvre des projets. Deux exemples peuvent illustrer cette situation. Dans un cas le Conseil général a refusé de s'associer à la mise en œuvre des créations places obligeant le préfet à réaffecter les crédits concernés à un autre département au sein de la région. Dans un autre cas, le département a souhaité infléchir la répartition des créations de place en faveur des établissements pour enfants handicapés sans pouvoir véritablement pouvoir dialoguer avec la CNSA

[385] Dans l'avenir ce type de situation pourrait se développer et le poids du Conseil général pourrait s'exercer dans un sens plus restrictif. Le poids des contraintes financières, la difficulté à fournir une offre d'hébergement à des niveaux supportables pour les résidents pourraient conduire à ce que les Conseils généraux soient moins dynamiques dans le pilotage des créations de place et /ou s'efforcent de transférer une part plus élevée du financement des ESMS à l'Etat-Assurance maladie.

4.4. La place croissante des crédits non reconductibles

[386] L'utilisation des crédits « gagés » de mesures nouvelles sous forme de crédits non reconductibles est le « point d'orgue » des marges de manœuvre qui se sont progressivement développées au niveau local dans la gestion des crédits de l'OGD et qui échappent en grande partie au niveau central.

4.4.1. Un mécanisme souple de financement du fonctionnement des ESMS

[387] Les crédits non reconductibles (CNR) permettent une réponse rapide et de proximité aux besoins locaux des ESMS.

[388] L'existence des CNR est liée, comme cela a déjà été indiqué, à l'effet report du financement des mesures nouvelles notifiées (délais de constructions des places autorisées, de signature des conventions puis de recrutement des personnels...). Les CNR sont ainsi financés par les crédits de mesures nouvelles réservés ou gagés déjà évoqués, par divers reliquats de mesures nouvelles non affectées, notamment les créations de places d'AJ/HT, ou encore par des crédits libres d'emploi suite à des erreurs de base historiques.

[389] La procédure locale est la suivante :

- Chaque DDASS détermine elle-même son enveloppe disponible en calculant l'écart entre l'enveloppe départementale qui lui est notifiée et le montant des crédits tarifés et consommés dans le cadre de la campagne budgétaire des ESMS. Il est rappelé à cet égard que ce calcul apporte une marge de manœuvre « fictive » aux DDASS, ce calcul du disponible devrait en effet être rapporté à l'OGD et non aux dépenses encadrées. Sur cette enveloppe disponible, les DDASS décident du taux de consommation de cette marge non pérenne en CNR.
- Chaque DDASS informe les ESMS de l'existence de crédits disponibles et font un appel à projets, souvent dans le cadre du rapport d'orientation budgétaire transmis aux ESMS.
- Elles déterminent ensuite les demandes prioritaires et affectent les crédits disponibles aux ESMS concernés en publiant un second arrêté de tarification augmentant la dotation globale de l'ESMS pour les PA ou augmentant le prix de journée pour les ESMS PH de la somme attribuée sous forme de crédits non reconductibles.

[390] Les CNR apportent une indéniable souplesse de gestion aux services déconcentrés. Ils peuvent ainsi accorder aux ESMS des moyens supplémentaires pour faire face à des dépenses en principe non pérennes. Ces CNR financent historiquement trois types de mesures : des mesures de formation, des mesures de remplacement des personnels et des mesures d'aide à la rénovation (mise en conformité aux normes de sécurité des ESMS, petites rénovations, équipements de climatisation...)

[391] L'intérêt pour le niveau local est double :

- 1) d'une part ce mécanisme des CNR permet aux DDASS d'apporter une réponse rapide et de proximité aux établissements en cas de besoins immédiats, notamment dans les cas de réparation d'urgence, de mise en conformité aux normes de sécurité (ex : mise en place d'un escalier de secours pour éviter la fermeture d'un établissement),

- 2) d'autre part ces crédits par principe non reconductibles permettent également, contrairement à leur doctrine d'emploi, de rebaser certains établissements, notamment dans le secteur des personnes handicapées, certaines dépenses pérennes n'étant pas prise en compte à un niveau suffisant dans l'allocation des ressources aux ESMS. C'est le cas des frais de transport dont le budget croît plus rapidement que les ressources allouées, il est donc indispensable au fonctionnement de l'ESMS d'apporter une rallonge de crédits par le biais des CNR.

4.4.2. Une règle d'affectation des CNR assouplie par l'autorité réglementaire

- [392] La nature des CNR s'est transformée depuis 2007 en un appui à l'investissement en complément des PAI.
- [393] Pour l'administration centrale comme pour la CNSA, les CNR sont une modalité de gestion classique des crédits alloués aux DDASS dans le cadre des enveloppes départementales limitatives. L'administration centrale par le biais de circulaires et la CNSA dans le cadre des lettres de notifications transmises aux préfets ont cependant progressivement transformé la nature des CNR en une aide à l'investissement, établissant une nouvelle doctrine d'emploi des CNR.
- [394] L'administration centrale encourage désormais, au-delà de l'emploi traditionnel des CNR à des mesures ponctuelles d'aide à la formation ou à la rénovation de petits équipements, le financement des projets d'investissement. La LFSS 2007 dans son article 86 a en effet explicitement prévu la possibilité de mobiliser des moyens non reconductibles afin de venir soutenir des opérations d'investissement. En application, le décret du 31 octobre 2007, a introduit deux nouveaux articles dans le code de l'action sociale et des familles permettant :
- [395] Le soutien de la capacité d'investissement des ESMS en limitant le recours à l'emprunt. L'article D. 314-205 instaure un dispositif spécifique de prise en charge par l'Assurance maladie des frais financiers des EHPAD, en dérogation au périmètre réglementaire de la section « soins ». L'autofinancement est alors soutenu via l'emploi des CNR en générant un excédent d'exploitation affecté à l'investissement.
- [396] Les dispositifs de compensation des surcoûts afférents à l'investissement. Les nouvelles instructions comptables M22 et M22bis pérennisent les récentes évolutions comptables permettant de minorer l'impact en fonctionnement des projets d'investissement lié à la hausse des amortissements et des frais financiers en cas d'emprunt, ce qui se traduit par une hausse des tarifs de l'établissement. Afin de limiter cet effet sur les tarifs acquittés par l'utilisateur, il est possible réglementairement (cf. l'instruction *DGAS/SD5B/2007/319* du 17 août 2007 prolongée par l'arrêté du 12 novembre 2008) d'utiliser les CNR pour constituer des provisions pour renouvellement des immobilisations et des amortissements dérogatoires. Il s'agit de provisionner un certain niveau de crédit de fonctionnement à charge pour le gestionnaire d'effectuer, au cours de la période d'amortissement une reprise sur cette provision afin de limiter voire de réduire l'impact des investissements sur les tarifs.
- [397] Parallèlement la CNSA rappelait dans ses lettres de notifications aux préfets des enveloppes départementales en date du 13 février 2009 les critères d'emploi des CNR. La doctrine d'emploi des crédits non reconductibles est ainsi ciblée sur :
- 1) l'aide à l'investissement afin d'adapter les conditions d'accueil à l'évolution du public pris en charge en application de la circulaire DGAS/DSS.
 - 2) l'appui à la formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées et handicapées accueillies en établissement
 - 3) le soutien aux actions de contractualisation et de coopération

[398] La CNSA indiquait ainsi que « les CNR peuvent être utilement mobilisés sur des opérations d'investissement de grande ampleur :

- pour le financement d'opérations d'investissement qui n'auraient pas pu être aidées notamment dans le cadre des Plans d'aide à l'investissement de la CNSA ;
- en complément d'aides en capital attribuées lorsque les établissements tributaires malgré les financements d'ores et déjà apportés, continuent de présenter des surcoûts de fonctionnement.

... la politique de mobilisation des crédits non reconductibles doit s'analyser en complément de la programmation du plan d'aide à l'investissement »

4.4.3. Une utilisation extensive des CNR dangereuse pour la maîtrise de la dépense

[399] La circulaire DGAS/DSS du 13 février 2009 incite les DDASS à optimiser la procédure d'attribution des CNR afin d'éviter une nouvelle sous-consommation de l'OGD PA : « Vous veillerez à mettre en place une politique d'optimisation des trésoreries d'enveloppes disponibles. L'intérêt de ces dispositifs, qui s'apparentent à un « préfinancement », repose, d'une part, sur un soutien des capacités d'autofinancement de la structure et, d'autre part, sur une limitation de l'impact « surcoût en fonctionnement/hausse des tarifs » attaché à tout investissement. Votre attention est vivement attirée sur la nécessité de soutenir au niveau local une politique volontariste d'investissement à court terme: vos décisions d'attributions de crédits non reconductibles ont ainsi vocation à dynamiser des programmes à mise en œuvre rapide. Vous utiliserez notamment ces disponibilités pour permettre l'accélération de la mise aux normes des établissements en termes de sécurité électrique (notamment par l'achat de moyens d'alimentation autonomes en énergie.

[400] La CNSA indiquait de la même manière dans ses lettres de notifications aux préfets que « L'emploi des crédits non reconductibles doit faire partie intégrante du plan de travail élaboré dans le cadre de la gestion des enveloppes limitatives de crédits. Il convient de se pencher sur l'ensemble des disponibilités financières liées à des engagements pris et non réalisés, qui permettent de financer au cours de l'année des actions non pérennes. C'est cette réflexion sur les crédits non reconductibles qui doit en même temps éviter de laisser « dormir » des financements attribués, et représenter une marge de manœuvre locale dans la réflexion globale sur la structuration du secteur médico-social. »

[401] La mobilisation des CNR étant étendue réglementairement à l'aide à l'investissement et faisant l'objet d'une forte incitation par le niveau central depuis 2007 leur montant a crû très fortement en 2009 pour le secteur PA pour atteindre 291,3M€ en 2009 contre 223,2M€ en 2008 soit une augmentation de +31%.

[402] Alors que les CNR ne représentaient dans ce secteur qu'environ 25% des crédits réservés en 2006 et 2007, cette proportion est passée en 2008 à 47% et en 2009 à 63%. Certains départements visités par la mission, comme le Pas-de-Calais et le Vaucluse, ont clairement manifesté leur intention de consommer à 100% la totalité des engagements pris et non réalisés.

[403] A l'inverse dans le secteur des PH, la consommation des crédits réservés sous forme de CNR diminue de 9% entre 2008 et 2009 démontrant une réduction des marges de manœuvre locales.

[404] Au global, les CNR représentent près de 600M€ soit près du double du montant du PAI 2009 (330M€y compris le plan de relance).

[405] Il est à rappeler en outre qu'une part importante de ces CNR, près de 15%, sont en réalité utilisés pour des dépenses de fonctionnement pérennes des ESMS, qu'il s'agisse des frais de transport, des frais de remplacement des personnels qui ne sont plus temporaires mais récurrents d'année en année.

- [406] Le mécanisme des CNR constitue l'aboutissement de l'autonomisation progressive des services déconcentrés dans la gestion de l'OGD. En effet, à l'exception des critères posés par le niveau central, le niveau de consommation des CNR et leur utilisation exacte ne fait l'objet d'aucune remontée au niveau central, même si des listes détaillées existent au niveau local.
- [407] Il ne s'agit pas pour la mission de nier l'importance pour les services déconcentrés de disposer de marges de manœuvre locales dans la gestion des crédits qui leur sont alloués. La mission ne recommande pas de supprimer ce mécanisme dont l'utilité est vérifiée au plan local quand bien même ces crédits de l'Assurance maladie ne sont pas affectés à leur objet premier : le soin. Par contre, il apparaît indispensable de cadrer davantage réglementairement et financièrement l'emploi de ces crédits non reconductibles avec des critères explicites d'emploi et un plafond d'emploi de ces crédits, pour éviter un risque de « saupoudrage ».
- [408] Il serait enfin utile de mettre en place d'une remontée d'informations sur l'emploi de ces CNR afin de mieux connaître cette dépense et de la valoriser au même titre que les PAM/PAI.

5. RECOMMANDATIONS

5.1. *Opportunités et risques liés à la mise en place des ARS*

- [409] L'étude des facteurs de la sous-consommation a conduit la mission à constater des dysfonctionnements dans la procédure budgétaire et comptable de l'OGD et mettre en évidence les difficultés qui en découlent pour le pilotage des politiques et des services. La mission a élaboré des recommandations pour en améliorer la gestion. Elle s'est efforcée de prendre en compte les changements importants de contexte qui interviennent à savoir les exigences accrues en termes de contraintes financières mais aussi les opportunités d'amélioration du dispositif.
- [410] Ces dernières années l'OGD a connu une progression rapide qui a permis de renforcer les capacités d'accueil et la qualité de services rendus aux personnes dépendantes. Le rapport Igas sur le reste à charge déjà évoqué contient des indications sur les contraintes économiques qui pèsent sur les arbitrages entre vie à domicile et en établissement. Les collectivités locales qui supportent des contraintes financières croissantes pourraient vouloir, à l'avenir, limiter leurs engagements financiers. Ces évolutions vont contraindre les intervenants à accroître l'efficacité de l'offre de soins des ESMS. Ceci passera par une action plus resserrée entre l'Etat, l'Assurance maladie et les départements pour garantir une meilleure coordination des soins pour les personnes âgées et les personnes handicapées.
- [411] La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renouvelle profondément le cadre de la gestion des crédits soumis à l'OGD. Elle crée les Agences Régionales de Santé (ARS), qui notamment « autorisent la création et les activités des établissements et les services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés au 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, et 11° du I de l'article 312-1 du CASF et à l'article L314-3-3 du même code; contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence » (article L. 1431-2-2 b de la loi précitée).
- [412] Outre la création des ARS, la loi rénove le cadre institutionnel des politiques médico-sociales à travers la création de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (où seront présentes les associations du secteur médico-social) et celle de deux commissions de coordination des politiques dont l'une est compétente dans le domaine des prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Cette commission de coordination associera les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements ainsi que les organismes de la sécurité sociale.

- [413] La loi met en place de nouveaux mécanismes de planification: le plan stratégique régional de santé fixe les objectifs et les orientations ; les schémas régionaux d'organisation médico-sociale définissent les mesures destinées à mettre en œuvre les objectifs; les programmes (dont le PRIAC) précisent les modalités spécifiques d'application des schémas. Le PRIAC dresse les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional.
- [414] Enfin, la loi transforme des procédures d'autorisation, de création et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux, via la refondation des CROSMS et l'instauration d'une procédure d'appel à projets plus efficiente, plus rapide et plus lisible. Les CROSMS, comme instances de dialogue entre les acteurs privés et publics du champ médico-social, sont remplacés, au sein des formations spécialisées de la conférence régionale de santé, par une formation dédiée au secteur médico-social. Pour être autorisés, les projets n'appelant aucun financement public n'auront à répondre qu'aux critères réglementaires et satisfaire au dispositif d'évaluation de la qualité du service rendu. Pour les projets requérant des financements publics, une commission d'appel à projet est créée et placée auprès de chacune des autorités compétentes en matière d'autorisation. Cette procédure d'appel à projets s'appuiera sur un cahier des charges. L'appel à projets interviendra après différentes étapes, permettant de redonner sens au système puisque l'analyse des besoins, la détermination et l'affectation des moyens nécessaires précéderont l'action et non l'inverse comme dans le système antérieur.
- [415] Au moment où est intervenue la mission aux deuxième et troisième trimestre 2009, la préparation de la mise en place des ARS faisait l'objet de nombreux travaux portant sur la conception détaillée des ARS et la préparation opérationnelle de leur mise en œuvre notamment les questions d'organisation interne, de recrutement des équipes mais aussi les outils de planification et la définition des objectifs des futures agences. Mais ces travaux ont d'abord porté sur les aspects généraux de la mise en place des ARS sans que les questions spécifiques au domaine médico-social ait pu être réellement expertisé⁷⁵. Un groupe de travail associant, sous l'égide du secrétariat général des représentants de la DGAS de la DSS de la CNSA et de la CNAM ainsi que de service déconcentrés s'est réuni à plusieurs reprises au cours du premier semestre 2009 pour étudier l'évolution des procédures de gestion du médico-social mais que ces travaux aboutissent à des propositions formalisées. Par ailleurs il avait été prévu en 2008 le démarrage d'expérimentations régionales dont deux concernaient le domaine médico-social : la politique de santé des personnes âgées en Franche Comté et sur la procédure des appels à projets en Bourgogne. Ces démarches étaient en cours de démarrage au cours du deuxième trimestre 2009. du point de vue de la mission est particulièrement nécessaire d'accélérer ces travaux car si la création des ARS constitue une opportunité majeure, elle n'est pas en tant que telle une garantie pour améliorer la gestion ces crédits de l'OGD.

5.2. *Une gestion plus transparente et plus exigeante de l'OGD*

Recommandation n°1: A partir de 2010, mettre en place une procédure budgétaire de préparation de l'OGD des années 2011 et suivantes à partir des données par établissement remontées des échelons territoriaux.

⁷⁵ Voir notamment les documents présentés par le Secrétaire général au séminaire des directeurs des 3 réseaux le 9 juillet 2009

[416] L'exercice de construction de l'OGD auquel se livrent la CNSA et les services centraux de l'Etat chaque année est fondé sur des critères macro-économiques et non sur la base des budgets réels des établissements et de l'avancement concret des projets d'ouverture de places ou de médicalisation. Cette logique, qui répond surtout à l'objectif d'une répartition équitable des moyens, fait qu'aujourd'hui plus personne n'est vraiment en mesure de faire une prévision réaliste car les moyens financiers sont attribués sur la base de besoins théoriques. Le seul ajustement possible se fait parfois entre départements au sein d'une même région. La mission préconise de remplacer, à compter de l'année 2011 c'est-à-dire pour la négociation de l'OGD 2012, cette logique budgétaire descendante par un processus de construction de l'OGD en 2010 en agrégeant les données prévisionnelles disponibles à l'échelon local. Elle attire l'attention du lecteur sur le fait que l'introduction de ces règles rend l'évolution de l'OGD et donc de l'ONDAM moins linéaire d'une année sur l'autre.

[417] Pour se faire, la mission préconise que la CNSA engage les moyens nécessaires pour harmoniser au niveau national la structure des bases de données servant à l'élaboration des arrêtés de tarification, ce travail d'harmonisation devant s'appuyer sur les fichiers existants dans les différents services déconcentrés. Ce système d'information partagé devra être à la disposition des ARS qui conserveront leur capacité d'allocation de leur enveloppe régionale.

Recommandation n°2 : A partir de 2010, modifier la règle actuelle de répartition à 100% des excédents au profit de la CNSA en lui substituant des dispositions prévoyant la répartition suivant une clé entre la CNSA (10%) et l'assurance maladie (90%) des excédents comme des déficits éventuels.

[418] La mission ayant estimé qu'il était nécessaire de laisser les règles de construction de l'OGD inchangées pour l'année 2011, et constaté l'existence d'une impasse de financement sur le secteur des PH, il lui paraît nécessaire de modifier les règles de répartition des excédents entre la CNSA et les régimes d'assurance-maladie pour l'année 2010. Actuellement, les règles d'ajustement permettent à la CNSA d'imputer prioritairement les charges sur l'ONDAM médico-social et d'attribuer 100% des excédents constatés au produit de la CSA qui est une ressource propre de la CNSA. La mission préconise : (i) qu'à compter de 2010, les excédents éventuels soit réparties entre la CNSA et les régimes d'assurance à due concurrence des poids respectifs de l'ONDAM et de la part de la CSA affectée au fonctionnement des établissements et (ii) qu'en contrepartie, il soit explicitement prévu que tout déficit doit être financé par les régimes d'assurance-maladie et non par la CNSA. Ceci aura pour effet de désamorcer le débat sur les réserves et de garantir que les moyens nécessaires seront mis à la disposition des établissements et services.

Recommandation n°3 : Prévoir de manière explicite dans la préparation de l'OGD une enveloppe de financement de CNR et de PAI permettant la poursuite d'actions de modernisation des ESMS.

[419] La modification des règles d'élaboration de l'OGD recommandé précédemment a pour effet de mettre fin à la pratique des Crédits Non Reconductibles. Or, la mission a pu constater l'utilité des ces crédits pour le bon fonctionnement au niveau local dès lors que leur esprit n'était pas détourné pour prendre la forme de mesures nouvelles non autorisées. C'est pourquoi elle préconise de reprendre une partie de ces CNR dans le budget de base prévisionnel des établissements et de prévoir ainsi de leur donner des moyens supplémentaires pour poursuivre les actions de modernisation tout en encadrant plus strictement leur objet : équipements, remplacements de personnels, formations et prise en charge de frais financiers. S'agissant des équipements, la mission préconise à l'occasion de la refonte de la procédure budgétaire de réintégrer les opérations financées dans le cadre des PAM dans les budgets gérés par les échelons locaux ou tout du moins au niveau de l'ARS sous la forme d'un « fonds de modernisation ».

[420] Il s'agit d'une modification législative de l'article L.14-10-8 du CASF à inscrire en LFSS.

Recommandation n°4 : Développer l'information du Parlement quant à la fixation de l'OGD et ses conditions effectives de mise en œuvre, sur la base des remontées des données ESMS centralisées par la CNSA.

[421] 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.

[422] 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

[423] 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 »⁷⁶, 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.

[424] En outre le programme qualité efficience de la CNSA pourrait être substantiellement enrichi. Ainsi, il n'existe pas à ce jour d'indicateur PQE pour les EHPAD pour plus largement d'indicateurs sur la qualité de la prise en charge en contrepartie des financements accordés dans le cadre de la politique de conventionnement.

Recommandation n°5 : Supprimer la délégation par la CNSA des crédits sur la base des dépenses encadrées et mettre à la place une procédure de répartition des crédits de l'OGD entre les ARS qui devra être notifiée avant la fin du mois de janvier permettant ainsi l'achèvement de la campagne budgétaire au cours du 1er trimestre.

[425] L'agrégat « dépenses encadrées » a pour objectif de prendre en compte dans l'allocation des ressources aux ESMS les recettes propres qu'ils perçoivent comme le forfait journalier.

[426] Dès lors que ces recettes dites atténuatives n'existent plus (fusion du forfait journalier enfant dans le prix de journée) ou sont extrêmement marginales, on peut s'interroger sur la nécessité de conserver cet agrégat qui complexifie encore le financement du fonctionnement des établissements et services et qui a entraîné jusqu'ici une certaine confusion sur la nature des crédits délégués aux ESMS.

⁷⁶ L'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, issu de la loi organique précitée relative aux lois de financement de la sécurité sociale, mentionne en effet l'adoption de tableaux d'équilibre par branche pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le régime général et les organismes concourant au financement de ces régimes (ce qui exclut actuellement la CNSA).

- [427] La mission préconise donc la suppression de cet agrégat comme un élément de clarification permettant en outre à chaque ARS d'opérer un rapprochement comptable entre la dotation de la CNSA qui serait alors fondé sur l'OGD et les paiements versés par les CPAM de leur ressort. Il faudrait à cet égard organiser institutionnellement un dialogue ARS/ caisses pivots d'assurance maladie pour vérifier d'une part que le montant des arrêtés ne dépasse pas l'enveloppe notifiée en OGD et d'autre part les erreurs matérielles de périmètre déjà évoquées.
- [428] La répartition des crédits entre ARS par la CNSA, sur la base donc de l'OGD, pourrait en outre être avancée au dernier trimestre de l'année N-1 dans le cadre d'un dialogue de gestion resserré et la délégation des crédits avancée au mois de janvier de l'année N.
- [429] Ainsi, parallèlement au débat sur la LFSS N, et en connaissance des premiers éléments arbitrés sur le montant de l'OGD N, la CNSA pourrait organiser entre septembre et décembre N-1 un véritable dialogue de gestion resserré ARS/ CNSA sur le budget médico-social prévisionnel de l'ARS (soit son enveloppe régionale OGD), les déterminants de la dépense, les objectifs de réalisations et de performance, les facteurs de blocage... Ainsi, une fois la LFSS votée, rien n'empêcherait une publication de l'arrêté fixant l'OGD, la contribution de l'ONDAM et de la CSA dès et la délégation des crédits OGD par ARS dès le mois de janvier de l'année N comme cela est le cas pour le budget des services déconcentrés de l'Etat. La campagne tarifaire pourrait débiter courant du premier trimestre et non plus aux mois de juin ou de juillet de l'année N.

Recommandation n°6 : Assurer un meilleur enregistrement des engagements pluriannuels.

- [430] La mise en œuvre des mesures nouvelles de créations de places et de médicalisation s'étale fréquemment sur plusieurs exercices pour des raisons immobilières pour les créations de places et pour des questions de recrutement de personnels pour les conventions de médicalisation.
- [431] Les crédits nécessaires à la réalisation sont réservés en totalité au sein des dotations départementales. Cette affectation se fait de manière extra comptable et sans que soient formellement enregistrés les calendriers effectifs de paiement au delà de l'exercice en cours.
- [432] Dans ces conditions il n'est pas possible de faire remonter au niveau régional et national des données fiables sur les engagements pris par l'Etat-Assurance maladie. Cette situation compromet l'imputation correcte des charges sur l'exercice en cours et rend très difficile la prévision budgétaire.
- [433] La mission propose la mise en place d'une procédure d'enregistrement comptable des autorisations et du calendrier de réalisation des paiements dans des conditions analogues aux procédures d'autorisation d'engagement de l'administration de l'Etat. Il s'agit en fait de recenser et d'enregistrer les informations correspondantes et de les transmettre à la CNSA et à l'Assurance maladie (en tant que payeur). Pour mettre en œuvre cette procédure la mission préconise la mise en œuvre début 2010 d'une revue de projets, c'est à dire l'examen de tous les projets de créations de place et de médicalisation pour lesquels des autorisations ont été données ou des conventions signées.

Recommandation n°7 : Homogénéiser les outils de gestion de campagne budgétaire servant à la tarification afin d'élaborer un système d'information partagé regroupant les données par établissement centralisé au niveau de la CNSA.

[434] La mission a pu constater lors de ses déplacements dans les DDASS que les services déconcentrés ont construit au fil des enquêtes de la CNSA des fichiers excel qui servent aujourd'hui de base à leur campagne tarifaire. Elle a été frappée par la grande homogénéité d'un département à l'autre même si les schémas retenus ne sont évidemment pas identiques. Par ailleurs, les personnels du secteur médico-social ont souvent exprimé leur besoin d'un système d'information unique qui leur permet de moderniser la gestion administrative des arrêtés de tarification. La mission préconise de partir de ce socle pour construire un système informatique permettant de remonter l'information prévisionnelle et d'exécution au niveau de la CNSA de façon continue. Ce système d'information doit être accessible aux caisses pivots afin de pouvoir assurer un véritable contrôle de la dépense.

Recommandation n°8 : Mettre en place un dispositif de communication mensuelle des paiements effectués par les CPAM à la CNSA afin qu'elle puisse suivre la consommation des crédits OGD par établissement dans chacune des ARS.

[435] La mission a constaté que l'assurance maladie dispose de données financières pour chaque établissement ou service des versements mensuels effectués par les CPAM. Ces données sont transmises par les CPAM à la CNAM-TS. La mission propose qu'elles soient aussi transmises de façon détaillée pour exploitation à la CNSA et à chaque ARS ; ce qui permettrait sur cette base de réfléchir à la mise en place d'une procédure d'alerte en cas de dépassement des versements par rapport à l'enveloppe notifiée à l'ARS.

Recommandation n°9 : Donner à la Cour des comptes une mission de certification des comptes de la CNSA.

[436] La mission a constaté des difficultés dans le contrôle interne sur la procédure budgétaire et comptable de gestion de l'OGD et notamment sur l'enregistrement comptable des engagements (voir supra). Elle considère que le développement de l'audit interne comme externe, ce qui fait l'objet d'une réflexion à la CNSA, pourrait conforter l'engagement de ses services dans le sens d'un contrôle accru des dépenses. C'est pourquoi, il est nécessaire d'étendre à la CNSA les dispositions qui prévoient la certification des organismes de sécurité sociale par la Cour des Comptes.

[437] On peut considérer qu'il n'y a a priori pas besoin de modification législative compte tenu des compétences générales reconnues à la Cour et des dispositions spécifiques en matière de contrôle des organismes sociaux (Art. LO 11-3-VIII-2°)⁷⁷.

5.3. Un renforcement des capacités de pilotage des politiques médico-sociales

Recommandation n°10 : Mieux articuler les responsabilités respectives du Secrétariat général des ministères sociaux, de la DGAS et de la CNSA

[438] La CNSA est un opérateur vis-à-vis des autorités de tutelle (notamment la DGAS), elle a donc pour rôle de mettre en place les conditions de fonctionnement des dispositifs dont elle est chargée (personnels, système d'information, relations avec les services déconcentrés) et de rendre compte de leur mise en œuvre. Dans ce cadre l'opérateur a une dynamique propre compte tenu de ses responsabilités et de sa gouvernance (CA), même s'il doit communiquer les informations nécessaires à l'administration centrale qui, elle, ne doit plus gérer mais avoir une position de contrôle et d'expertise.

⁷⁷ Note interne de la DSS du 12 octobre 2006.

- [439] Or tant la loi que la COG signée entre l'Etat et la CNSA n'ont pas suffisamment clarifié les rôles, positionnements et compétences respectives de l'opérateur et des autorités de tutelles. De fait, la cogestion de dispositifs et la confusion entre ce qui relève du pilotage des politiques et de la gestion opérationnelle ont des conséquences dommageables : doublonnage des moyens dans un contexte de ressources rares, perte d'efficacité, confusion des responsabilités pour les services déconcentrés en charge de l'application des politiques.
- [440] L'élaboration de la prochaine COG est une occasion unique pour clarifier enfin les rôles et compétences de chacun notamment en ce qui concerne d'une part la prévision budgétaire de l'OGD et d'autre part la place de la CNSA vis-à-vis des services déconcentrés.
- [441] Ainsi, pour la procédure de budgétisation de l'OGD, il est préconisé d'affirmer le rôle technique de la CNSA dans l'élaboration de l'Ondam médico-social et de préciser davantage les modalités d'association de la CNSA à la construction de l'ONDAM dans le cadre du PLFSS, notamment pour l'expertise obligatoire de la CNSA sur toutes les mesures politiques ou techniques prises ou envisagées par l'Etat, concernant la politique salariale par exemple.
- [442] Pour la procédure d'allocation des ressources, il paraît indispensable de supprimer les doubles instructions à destination des services déconcentrés à la même date en provenance d'une part de la DGAS et d'autre part de la CNSA. La mission préconise de fusionner la circulaire de la DGAS et les lettres de notification de la CNSA afin de mieux articuler la réglementation avec la gestion du dispositif assurant ainsi une meilleure lisibilité de ce dernier.
- [443] Enfin, pour un réel suivi et régulation de la dépense, la mission estime nécessaire que la CNSA soit enfin positionnée clairement comme tête de réseau pour les services déconcentrés et préconise que la Caisse ait un réel pouvoir d'instruction direct aux ARS en matière de suivi et de régulation de la dépense. La prochaine COG devra entamer une réflexion sur la nécessité de reconnaître à la CNSA une mission d'animation du réseau des tarificateurs, d'analyse des pratiques (ex : les CNR) et de l'impact des pratiques de tarification et de conventionnement.
- [444] La mission préconise compte tenu de ces divers éléments d'engager dès que possible la préparation d'une nouvelle COG pour la période 2010 -2013 à partir d'une évaluation (qui pourrait être demandée à l'Igas) de la convention précédente COG 2006-2009.

Recommandation n°11 : Organiser les conditions d'un dialogue de gestion entre la CNSA et chaque ARS.

- [445] La mission a constaté qu'une partie significative des difficultés de la gestion de l'OGD s'expliquait par les faiblesses du dialogue de gestion entre le niveau central (DGAS, DSS, Secrétariat Général et CNSA) et les services des DRASS et des DDASS.
- [446] La mise en place des ARS doit être l'occasion d'organiser un dialogue de gestion efficace non seulement sur la gestion des crédits soumis à l'OGD (voir supra recommandations 1 à 9) mais aussi et surtout sur le pilotage des politiques. La loi du 12 juillet 2009 (loi HPST) organise le pilotage des ARS à partir d'un conseil national de pilotage des ARS. Le CNP doit donner les directives pour la conduite des politiques dont les ARS ont la charge, valider leurs objectifs et conduire l'animation du réseau. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sera signé entre les ministres et le directeur général de chaque ARS.

[447] Du point de vue de la mission et s'agissant de la gestion de l'OGD, une large délégation devrait être donnée à la DGAS et à la CNSA pour fixer les objectifs et les suivre. La CNSA devrait être explicitement en charge de l'organisation du dialogue de gestion avec les ARS sur la gestion de l'OGD et la mise en œuvre des politiques afférentes (PSGA, Plan Handicap, Plan Alzheimer etc.). Ce dialogue devrait s'organiser autour de réunions trimestrielles permettant de suivre la mise en œuvre du CPOM passé avec l'agence et devrait avoir pour premier objectif de garantir la transparence et l'efficacité de la gestion de l'OGD.

Recommandation n°12 : Organiser les services de l'ARS en garantissant un bon équilibre entre les services en charge du pilotage stratégique et ceux en charge de la gestion de proximité.

[448] La mise en place des ARS va permettre de recréer un niveau régional de pilotage des politiques et de services dans le domaine médico-social. Mais cela ne doit pas conduire à remettre en cause le partenariat avec le Conseil général et la gestion à proximité des établissements. Cette dernière question est particulièrement importante dans les territoires où le tissu des ESMS est composé de petits établissements qui ne disposent pas toujours des compétences que l'on peut trouver dans les grandes structures et dont la gestion doit être accompagnée notamment pour ce qui concerne les actions de modernisation.

[449] L'organisation interne des ARS devra permettre de concilier ces objectifs potentiellement contradictoires. Les services des ARS seront organisés en deux niveaux : le siège et des délégations départementales. Au moment où est intervenue la mission, des travaux étaient en cours sous l'égide du secrétariat général pour définir des principes d'organisation qui ont été présentés au séminaire des directeurs des trois réseaux le 9 juillet 2009.

[450] Sur la base d'un découpage en grandes fonctions⁷⁸, des schémas d'organisations des services du siège étaient présentés. S'agissant du domaine « métier », quatre options alternatives étaient proposées. Dans un seul cas, les activités de pilotage de l'OGD et des politiques médico-sociales étaient prises en charge par une direction rattachée au DGARS (direction de l'offre médico-sociale). Dans les trois autres les activités correspondantes étaient insérées dans des directions en charge de l'offre de santé, du risque, de la performance des établissements de santé.

[451] S'agissant des délégations territoriales, il était indiqué dans les documents présentés qu'elles auraient notamment pour mission l'interface avec les Conseils généraux sur le champ médico-social et l'action territoriale, c'est-à-dire l'interface entre le siège régional et les acteurs locaux, l'animation des acteurs locaux et l'ingénierie de projet. Il était indiqué aussi que dans certains départements (ex : départements de taille importante, éloigné du siège régional, ...), le DGARS pourrait envisager l'exercice d'activités opérationnelles en délégations territoriales départementales.

⁷⁸ Pilotage de l'ARS et Stratégie, métiers des ARS, action territoriale, gestion des Partenariats, fonctions d'appui (Observation, statistiques et analyses ; Juridique ; Communication), fonctions support (RH, Budget et comptabilité, SI,...)

[452] Pour la mission, au terme de ses travaux, il apparaît nécessaire de distinguer les différentes activités qui concourent à la gestion⁷⁹ selon qu'elles participent à la mission planification/programmation, à la mission tarification/régulation et à la mission Inspection/Contrôle/Évaluation. L'objectif devrait être de faire fonctionner les futures ARS sur la base d'un principe de subsidiarité. Il s'agirait de confier à une direction directement rattachée au DG un rôle privilégié sur les activités planification/programmation. Les activités d'inspection de contrôle et d'évaluation seraient prises en charge par une équipe spécialisée intégrée dans cette même direction ; les activités de tarification et de régulation seraient quant à elles largement déléguées aux délégations territoriales dans le cadre d'objectifs exigeants, notamment en matière d'efficience des ESMS.

Recommandation n°13 : Doter les équipes des ARS des outils de gestion leur permettant un réel pilotage régional.

[453] Pour gérer les politiques en direction des personnes âgées et handicapées et d'abord élaborer et mettre en œuvre le schéma régional d'organisation médico-sociale et les PRIAC, et gérer la tarification des établissements, les ARS auront besoin d'outils améliorés.

[454] Mieux gérer la programmation suppose de mettre à disposition des services des outils améliorés en en matière :

- d'analyse des besoins Comme cela a été indiqué, c'est actuellement un point faible de la procédure de PRIAC. Des progrès peuvent être faits partir des démarches menées dans plusieurs régions pour élaborer une analyse fine des besoins sur des territoires redéfinis pour être communs aux autres champs de compétences de l'ARS (santé publique, offre de soins, veille sanitaire, à partir de méthodes de «scoring», (articulant données épidémiologiques, celles concernant des déterminants de santé et des indices de précarité et indices sociaux économiques).
- et aussi de connaissance de l'offre. Il s'agit notamment d'enrichir et de fiabiliser le fichier FINESS (à partir une harmonisation de la rédaction des arrêtés et divers documents d'autorisations)

[455] La gestion de la tarification doit être revue et d'abord du fait de la mise en place de la procédure d'appel à projets. Dans cette perspective les arrêtés d'autorisation devront être non seulement harmonisés comme cela a déjà été dit mais surtout plus précis et complets qu'aujourd'hui. Comme cela a déjà été évoqué les méthodes de gestion budgétaire doivent progresser à travers l'élaboration de documents d'orientation budgétaire régional permettant de élaborer et de diffuser une doctrine élaborée en commun sur la gestion de la campagne tarifaire Mais surtout la gestion tarifaire doit être améliorée grâce :

[456] Au développement des méthodes d'analyse de la performance à l'instar de ce qui a été fait par la DHOS avec l'assistance de consultants externes pour l'analyse des EPS (« diagnostic flash »). D'ores et déjà plusieurs services des CRAM ont commencé à développer les analyses et des indicateurs de gestion financières et bilanciels des établissements et services et cela constitue une base pour développer l'analyse de performance.

[457] A la mise en place d'un fonds de modernisation des ESMS dans chaque région (voir recommandation n° 3) à partir du regroupement de crédits du PAI qui devraient être déconcentrés et regroupés avec les CNR. Les investissements seraient soutenus dans le cadre d'un contrat clair avec les établissements. Les compétences techniques devraient être renforcées au niveau régional pour garantir un accompagnement efficace des projets.

⁷⁹Pour définir ses recommandations sur ces questions la mission a largement repris les conclusions d'un groupe de travail organisé sous l'égide du DRASS PACA et piloté par les DDASS des Bouches du Rhône et du Var, qui a fonctionné de la fin 2008 à mi 2009 avec la participation de responsables des services concernés dans la région.

- [458] La mise en œuvre de ces outils doit s'accompagner d'un effort de reconstruction du système d'information sur des bases déjà évoquées.

Recommandation n°14 : Evaluer les politiques de moyen terme tel que le PSGA ou le plan Alzheimer afin de mieux les articuler et de procéder aux ajustements nécessaires (nombre de créations de place, type de places ouvertes...)

- [459] Les plans gouvernementaux ont été élaborés dans le cadre d'une politique volontariste et ont ainsi fixé des objectifs élevés de créations de place et de renforcement de la médicalisation. La mission a cependant pu souligner d'une part les difficultés de budgétisation de ces plans sur la base de coût moyen théorique éloigné souvent des coûts réels constatés et d'autre part l'absence d'ajustement de ces plans en regard de l'analyse des besoins qui remontent du terrain par le biais des PRIAC. La mission a en effet pu constater que le PRIAC apportait peu de marge de manœuvre au niveau local, l'allocation des ressources se faisant de façon macro-économique, descendante sur le fondement de l'équité territoriale, laissant peu de place au dialogue de gestion avec le niveau local, prenant peu en compte les capacités à faire des promoteurs ou de la cohérence nécessaire avec la politique médico-sociale menée par les Conseils généraux.

- [460] Tout cela conduit aujourd'hui à appliquer chaque année la tranche annuelle des plans gouvernementaux sans possibilité d'ajustement au regard des éléments évoqués ci-dessus. Il ne s'agit aucunement pour la mission de remettre en cause ces plans, au contraire, elle a pu constater la nécessité d'accompagner très fortement les créations de places et la médicalisation ; mais elle préconise d'évaluer la mise en œuvre de ces politiques. Une telle évaluation permettrait éventuellement d'ajuster les volumes et coûts théoriques fixés chaque année et de répartir territorialement de façon plus pertinente et objectivée la dépense publique.

- [461] Dans ce sens, une mission d'évaluation du PSGA devrait être confiée à l'IGAS et à l'IGF et inscrit au programme de travail 2010.

Recommandation n°15 : Définir au niveau des ARS une stratégie régionale vis-à-vis des conseils généraux sur la politique médico-sociale.

- [462] Selon la direction du budget, mais aussi l'assemblée des départements de France (ADF), les conseils généraux ont consacré, en 2007, environ 4,2 milliards d'euros à la prise en charge de la dépendance, soit plus d'un cinquième de l'effort public global en la matière. Ce montant recouvrait deux principaux types de dépenses : d'une part, la participation des conseils généraux aux dépenses d'allocations personnalisées d'autonomie (APA) - pour un montant d'environ 3,1 milliards d'euros -, ainsi que les dépenses nettes relatives à l'aide sociale à l'hébergement - pour 1,1 milliard d'euros. A ces deux principales dépenses, s'ajoutent, de façon plus marginale, des dépenses liées à l'aide à domicile⁸⁰.

- [463] Néanmoins, les rôles respectifs de l'Etat-Assurance maladie, de la CNSA et des Conseils généraux manquent de clarté et posent un certain nombre de difficultés:

1. Comme nous l'avons vu, la programmation et la planification restent une articulation à repenser. La mission a constaté des pratiques très hétérogènes, alors que la coordination au quotidien entre les services des DDASS et des CG est d'une grande qualité, la mission a pu parfois constater un manque patent de coordination entre les PRIAC, qui sont établis par les préfets de région et les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale, qui relèvent de la compétence des présidents de conseils généraux. Les PRIAC devraient, en principe, tenir compte des évolutions des schémas départementaux. On constate, dans la pratique, une insuffisance de communication entre le préfet de région et les conseils généraux.

⁸⁰ Rapport d'étape de la mission d'information sénatoriale sur la création d'un cinquième risque de juillet 2008

2. La mise en place, à partir de la fin des années quatre-vingt-dix, du conventionnement tripartite n'a pas atteint son ambition de permettre une clarification des coûts et du champ de compétences de chacun des financeurs. En effet, il n'est pas toujours facile d'attribuer tel ou tel poste de dépenses à l'une ou l'autre des sections « dépendance » ou « soins » de la tarification ternaire. Notamment, le partage de la prise en charge des salaires des aides soignants, à raison de 70 % sur le tarif « soins » et de 30 % sur le tarif « dépendance » représente un facteur de complexité et de blocage, dans le contexte de médicalisation des EHPAD. Faute de moyens suffisants, certains départements seront de plus en plus réticents à l'avenir à accroître leurs charges en participant au financement du coût du relèvement des taux d'encadrement en établissement.
3. La qualité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie suppose d'articuler plus avant le secteur sanitaire et le secteur médicosocial, dans l'intérêt des personnes âgées qui sont trop souvent « ballottées » de l'un à l'autre sans aucune cohérence d'ensemble, mais également dans l'intérêt des finances publiques. Il s'agit à l'évidence d'un enjeu essentiel des futures ARS.

[464] A court terme, les priorités d'une politique régionale des ARS vis-à-vis et en articulation avec les Conseils généraux devraient avant tout consister :

- à étudier comment il serait possible de parvenir à une meilleure articulation des SROS, des PRIAC et des schémas gérontologiques tout en préservant et en affirmant le rôle prééminent des départements en matière de prise en charge des personnes âgées ;
- à jouer un rôle dans l'effort de reconversion de lits du secteur sanitaire vers le secteur médicosocial.

[465] La mission estime que la mise en place des ARS doit être l'occasion de définir une meilleure articulation, dans le domaine de la planification, entre les départements et les agences régionales de santé, qui ont vocation à remplacer les DRASS et les DDASS.

[466] Ce constat amène la mission à formuler deux propositions :

- d'une part, assurer un fonctionnement effectif de la commission de coordination en charge du secteur médico-social afin que la préparation du SROSMS traduise un accord au niveau régional de l'ensemble des acteurs majeurs du domaine, et notamment les Conseils généraux.
- d'autre part, afin de remédier aux lacunes relevées, l'élaboration des PRIAC devra être menée conjointement, dans le cadre d'une concertation entre les ARS (agissant sur directive de la CNSA) et les Conseils généraux. La mission envisage même que ces documents puissent être cosignés par ces deux instances et s'inscrivent dans la continuité des schémas départementaux ;

Recommandation n°16 : Mieux suivre la qualité des prises en charge médicales des résidents afin de l'intégrer dans les procédures d'allocation des ressources. Améliorer le SNIRAM pour mieux suivre la consommation de soins des personnes hébergées en ESMS.

[467] Des progrès sur les modes de financement ont été effectués pour les EPHAD avec le passage à la tarification au GMPS et des études sont en cours pour améliorer le système de tarification des SSIAD à partir d'une meilleure prise en compte de la population prise en charge et des caractéristiques de la structure.

[468] Mais comme cela a déjà été indiqué les modes d'allocation de ressources aux établissements font relativement peu de place à la recherche d'une meilleure qualité des services et d'efficience. Les difficultés tiennent à l'absence d'un cadre d'analyse mais aussi aux faiblesses des systèmes d'information. En priorité, des efforts de fiabilisation du fichier FINESS doit être poursuivi. Il est nécessaire que le fichier FINESS prenne en compte le périmètre du financement de l'OGD et de clarifier la responsabilité de la maintenance de ce dispositif.

[469] Les travaux en cours à l'ANESM devraient permettre de progresser sur le premier point. S'agissant du second et dans l'attente de la mise en place du DMP pour les résidents en ESMS, des progrès pourraient être faits à partir d'une meilleure identification de ceux-ci dans le SNIRAM. Les modifications du cadre réglementaire ayant été effectuées doivent maintenant permettre de progresser de manière concrète dans cette direction. Les informations ainsi recueillies pourraient nourrir l'action que mèneront les ARS sur l'amélioration des parcours de soins et une approche coordonnée des soins aux personnes âgées que les prises en charge soient assurées en établissement, en ville ou à l'hôpital.

Dorothee IMBAUD

Christophe LANNELONGUE
Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Olivier LE GALL
Membre de l'Inspection générale
des finances

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandations	Autorités responsables	Echéance
1	A partir de 2010, mettre en place une procédure budgétaire de préparation de l'OGD des années 2011 et suivantes à partir des données par établissement remontées des échelons territoriaux.	CNSA	2010 pour application à la gestion 2011
2	A partir de 2010, modifier la règle actuelle de répartition à 100% des excédents au profit de la CNSA en lui substituant des dispositions prévoyant la répartition suivant une clé entre la CNSA (10%) et l'assurance maladie (90%) des excédents comme des déficits éventuels.	DSS	LFSS 2011
3	Prévoir de manière explicite dans la préparation de l'OGD une enveloppe de financement de CNR et de PAI permettant la poursuite d'actions de modernisation des ESMS.	DSS DGAS	OGD 2011
4	Développer l'information du Parlement quant à la fixation de l'OGD et ses conditions effectives de mise en œuvre, sur la base des remontées des données ESMS centralisées par la CNSA.	DSS DGAS CNSA	LFSS 2011
5	Supprimer la délégation par la CNSA des crédits sur la base des dépenses encadrées et mettre à la place une procédure de répartition des crédits de l'OGD entre les ARS qui devra être notifiée avant la fin du mois de janvier permettant ainsi l'achèvement de la campagne budgétaire au cours du 1er trimestre.	CNSA	OGD 2011
6	Assurer un meilleur enregistrement des engagements pluriannuels.	DSS CNSA CNAMTS	2010
7	Homogénéiser les outils de gestion de campagne budgétaire servant à la tarification afin d'élaborer un système d'information partagé regroupant les données par établissement centralisé au niveau de la CNSA.	CNSA	2010-2011
8	Mettre en place un dispositif de communication mensuelle des paiements effectués par les CPAM à la CNSA afin qu'elle puisse suivre la consommation des crédits OGD par établissement dans chacune des ARS.	CNSA CNAMTS	2010
9	Donner à la Cour des comptes une mission de certification des comptes de la CNSA.	DSS Cour des comptes	LFSS 2011
10	Mieux articuler les responsabilités respectives du Secrétariat général des ministères sociaux, de la DGAS et de la CNSA	SG DGAS CNSA	2010
11	Organiser les conditions d'un dialogue de gestion entre la CNSA et chaque ARS.	SG DGAS CNSA	2010

12	Organiser les services de l'ARS en garantissant un bon équilibre entre les services en charge du pilotage stratégique et ceux en charge de la gestion de proximité.	SG DGAS CNSA	2010
13	Doter les équipes des ARS des outils de gestion leur permettant un réel pilotage régional.	SG DGAS CNSA	2010 2011
14	Evaluer les politiques de moyen terme tel que le PSGA ou le plan Alzheimer afin de mieux les articuler et de procéder aux ajustements nécessaires (nombre de créations de place, type de places ouvertes...)	DGAS IGAS	2010 2011
15	Définir au niveau des ARS une stratégie régionale vis-à-vis des conseils généraux sur la politique médico-sociale.	SG DGAS CNSA ARS	2010 2011
16	Mieux suivre la qualité des prises en charge médicales des résidents afin de l'intégrer dans les procédures d'allocation des ressources. Améliorer le SNIRAM pour mieux suivre la consommation de soins des personnes hébergées en ESMS	DGAS DSS CNSA CNAMTS	2010

Lettre de mission



23 AVR 2009

Le Ministre du Travail, des Relations
Sociales, de la Famille, de la Solidarité
et de la Ville

La Ministre de la Santé et des Sports

Le Ministre du Budget, des Comptes
Publics et de la Fonction Publique

La Secrétaire d'Etat chargée de la
Solidarité

à

Monsieur le Chef de service
de l'Inspection Générale
des Affaires Sociales,

Monsieur le Chef de service
de l'Inspection Générale des Finances

Pour faire face d'une part à l'augmentation de la population âgée en situation de perte d'autonomie, et d'autre part aux besoins et au vieillissement des personnes en situation de handicap, des plans gouvernementaux importants ont été mis en œuvre depuis plusieurs années : plan solidarité grand âge (2006), plan pluriannuel pour les personnes handicapées (renouvelé en 2008), ainsi que des plans sectoriels : plan autisme, plan Alzheimer, plan handicap visuel etc...

Une part importante des moyens consacrés à la réalisation de ces plans est retracée dans le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée en juin 2004. Les excédents constatés au sein de la CNSA depuis sa création s'élèvent, en cumulé, à plus de 2 milliards d'euros. Ces excédents, qui ont été en grande partie affectés à la couverture d'autres dépenses, ont trouvé en partie leur origine dans le décalage entre les recettes et les dépenses lors de la première année d'existence de la caisse. Ils résultent désormais d'une sous-exécution récurrente des dépenses budgétées, principalement au sein de la section relative au financement des établissements médico-sociaux.

Les recettes de cette section correspondent à l'objectif global des dépenses qui est constitué pour 90 % par le sous-objectif médico-social de l'objectif national de dépenses

d'assurance maladie (ONDAM) versé par l'assurance maladie et pour 10 % des apports de la CNSA. Les dépenses de cette section correspondent au remboursement par la Caisse des versements effectués par les caisses d'assurance maladie au titre des budgets soins des établissements pour personnes handicapées et pour personnes âgées.

Depuis 2006, cette section fait apparaître un solde positif qui varie de 450 à 600 millions d'euros par an et qui, en 2008, est voisin des 500 millions d'euros (avec un solde positif pour la sous-section des établissements accueillant des personnes âgées et un solde négatif pour la sous-section des établissements accueillant des personnes handicapées). Ces excédents ont été affectés depuis 2006 au financement de plans d'aide à l'investissement (pour un milliard d'euros sur les trois ans en engagements) et, depuis 2008, pour un apport à la construction de l'objectif global de dépenses (OGD) en sus des contributions sur recettes propres de la CNSA (200 millions en 2008 non décaissés, et 262 millions en prévision 2009).

Cette situation est doublement insatisfaisante : d'une part elle alimente de manière récurrente les critiques des partenaires. D'autre part elle aurait conduit à utiliser, pour la part consacrée à l'OGD, une ressource non pérenne à des engagements permanents de moyens de fonctionnement, si la sous-consommation n'avait pas perduré.

Le décalage persistant entre l'OGD et les dépenses réelles est de nature différente sur les deux champs :

- le taux d'exécution des crédits inscrits à l'OGD pour le secteur des personnes âgées fait apparaître une sous-réalisation significative, évaluée pour 2008 à 539 millions d'euros. Cet effet avait déjà été constaté avant la création de la CNSA et bénéficiait à la réduction du déficit de l'Assurance maladie. Il était sans doute moins visible puisque non sanctuarisé dans les comptes de la CNSA. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène tel le retard pris par les mesures de médicalisation, les décalages liés à l'ouverture des places nouvelles de l'année, la complexité de la procédure de tarification tripartite, le manque de moyens et de compétences des services déconcentrés de l'Etat, les retards dans la sortie des arrêtés et circulaires de campagne budgétaire et dans la notification des crédits par les services déconcentrés.... ;
- s'agissant de l'OGD relatif au secteur des personnes handicapées, les évolutions apparaissent moins constantes : en 2006 des excédents avaient été constatés mais en 2007 et 2008, les dépenses constatées dépassent le montant de l'OGD (de 30 millions d'euros en 2008).

Outre l'utilisation des excédents pour l'aide à l'investissement et *ex post* la construction de l'OGD lui-même, des mesures ont été prises pour diminuer la sous-consommation, en particulier l'instauration, en 2007, d'un mécanisme d'enveloppes anticipées destinées à réduire les délais entre autorisation de places nouvelles et ouverture effective. Ce mécanisme ne semble toutefois pas encore avoir produit ses effets en 2008.

Compte tenu des écarts constatés entre crédits ouverts et dépenses réalisées jusqu'en 2008, nous souhaitons qu'une mission conjointe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances puisse être diligentée dans les meilleurs délais afin d'analyser les causes déterminantes de cette sous-consommation et les moyens d'en prévenir le renouvellement.

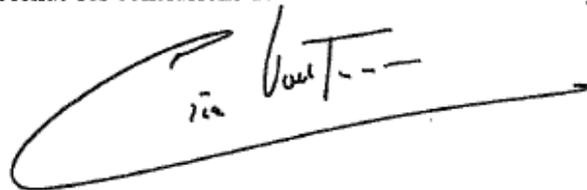
Cette mission devra tout d'abord analyser les différents facteurs d'évolution de la consommation au sein de l'OGD sur les années passées et dans la perspective des années futures.

Elle devra ensuite étudier les modalités d'évaluation et de suivi par la CNSA, en lien avec l'Assurance maladie, du niveau de consommation des crédits dédiés aux deux secteurs. Elle examinera notamment les écarts de pratique des DDASS et des DRASS en matière d'utilisation des enveloppes annuelles et anticipées qui leur sont déléguées, de suivi des réalisations, de mesure des écarts entre enveloppe budgétaire et facturations de l'assurance maladie et de mobilisation des crédits non reconductibles. Elle identifiera les facteurs affectant de façon positive ou négative la capacité des services déconcentrés à atteindre et suivre les objectifs fixés par les plans gouvernementaux, et en particulier par le plan présidentiel Alzheimer, qui fait l'objet d'un pilotage spécifique.

La mission devra formuler des préconisations pour améliorer le taux d'exécution et de consommation de l'OGD à travers, notamment, les nouvelles procédures d'autorisation et de tarification introduites par la LFSS 2009 et le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients à la santé et aux territoires (HSPT), pour développer les moyens et les compétences nécessaires dans la perspective de la création des agences régionales de santé (notamment par une optimisation des outils et compétences des DDASS-DRASS et de l'assurance maladie), pour déterminer, d'une part, la destination des excédents pour l'avenir et, d'autre part, les conditions permettant d'atteindre l'équilibre budgétaire au sein de l'OGD. La mission pourra éventuellement suggérer des améliorations dans le processus de construction de l'ONDAM médico-social et de l'OGD soumis au vote du parlement.

Cette mission sera menée en même temps que les travaux relatifs à la mise en place du cinquième risque afin d'en alimenter les réflexions. Elle devra également rendre ses conclusions dans des délais permettant leur mise en œuvre éventuelle dans le cadre de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 et l'élaboration du budget de la CNSA.

Nous souhaitons en conséquence que la mission nous fasse un point d'étape en mai et rende ses conclusions définitives au cours du mois de juin 2009.



Brice HORTEFEUX



Roselyne BACHELOT-NARQUIN



Eric WOERTH



Valérie LETARD

Liste des personnes rencontrées

Cabinet du Ministre du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville,

M. Philippe Court, Directeur de cabinet
M. Pierre-Alain de Malleray, Directeur adjoint du cabinet
M. Pierre Nicolas Ragache, Conseiller technique
M. Reynold de la Boutetière, Conseiller technique

Cabinet de la Secrétaire d'Etat chargée des Aînés,

M. Marc Del Grande, Directeur du cabinet
M. Marc Bourquin, Conseiller technique

Cabinet de la Secrétaire d'Etat à la Solidarité

M. Jean Paul Le Divenah, Directeur de cabinet

Cabinet de la Ministre de la Santé et des Sports,

Madame Cécile Waquet, Conseillère technique

Cabinet du Ministre du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction publique,

Madame Mathilde Lignot-Leloup, Conseillère technique Chef du pôle « comptes publics-comptes sociaux »
Marianne Kermoal-Berthome, Conseiller technique
Monsieur Axel Rahola, Conseiller technique

Cour des Comptes :

M Guy Piolé, Conseiller maitre

Secrétaire général auprès des ministères sociaux

M. Alain Lopez, Chargé de mission
M. Emanuel Roux, Chargé de mission

Direction générale de l'action sociale (DGAS)

M Fabrice Heyriés, Directeur général
Madame Sabine Fourcade, Chef de service
Madame Annick Bony, Chef du bureau personnes âgées
Madame Frédérique Chadel, Chargée de mission bureau des personnes âgées

Direction de la Sécurité Sociale (DSS)

M. Dominique Libault, Directeur

M Jean Philippe Vinquant, Sous-directeur du financement du système de soins
M Laurent Caussat directeur de projet « Dépendance » et des « Programmes de qualité et d'efficacité »
M. Jérôme Clerc, Chef du bureau établissements de santé et établissements médico-sociaux
M. Bruno Mars, adjoint au Chef de bureau établissements de santé et établissements médico-sociaux
M. Bruno Campagne, adjoint au chef de bureau relations avec els professions de santé
M. Damien Viccini, chargé de mission

Mission de pilotage du Plan Alzheimer

Madame Florence Lustman, Chef de la mission
Madame Sandrine Lemery, Chargée de mission
M. Benoit Lavallart, Chargé de mission
Madame Pascale Rocher, Chargée de mission

Direction du Budget (DB)

M. Alexandre Koutchouk, Chef du bureau Solidarité et intégration 6 BSI
M. Sylvain Turgis, chargé de mission

CNSA

M. Alain Cordier, ancien président du conseil de la CNSA
M. Francis Idrac, président du conseil de la CNSA
M. Laurent Vachey, Directeur général
M. Laurent Gratieux, Directeur adjoint
M Jean Luc Bernard, Directeur adjoint chargé de la maîtrise stratégique du SI

Département des Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS)

Madame Evelyne Sylvain, directrice
M. Hervé Droal, Directeur délégué
Madame Ferielle Rachidi ; gestionnaire administrative

Pôle « allocation budgétaire »

Madame Laure- Marie Issanchou, Chargée de mission
Madame Marie Hamon Chargée de mission
Madame Nathalie Montangon, Chargée de mission

Pôle analyse financière et prospective

Fabienne Manciet, chargée de mission

Direction financière

M Christophe Bouchez, adjoint au directeur

CNAMTS

M Jean-Marc Aubert, Directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)

M. le docteur Marty DDGOS, Chef du département ESMS

M. Joël Dessaint, Directeur délégué des finances et de la comptabilité

Madame Florence Guille, chargée de mission

Madame Karine Guedard, chargée de mission

Sigles utilisés

AJ	accueil de jour
ARS	agence régionale de santé
CAR	comité de l'administration régionale
CASF	code de l'action sociale et des familles
CNAMTS	caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNR	crédits non reconductibles
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
COG	convention d'objectifs et de moyens
CSA	contribution de solidarité pour l'autonomie
CTRI	comité technique régional et interdépartemental
DB	direction du budget
DDASS	direction départementale des affaires sanitaire et sociale
DE	dépenses encadrées
DRASS	direction régionale des affaires sanitaire et sociale
DGAS	direction générale de l'action sociale
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	direction de la sécurité sociale
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	établissements sociaux et médico-sociaux
ETP	équivalent temps plein
FINESS	fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GIR	groupe iso-ressources
HPST	loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
HT	hébergement temporaire
IGAS	inspection générale des affaires sociales
IGF	inspection générale des finances
IRE	ingénieur régional de l'équipement
LFSS	loi de financement de la sécurité sociale
OGD	objectif global de dépenses
ONDAM	objectif national de dépenses d'assurance maladie
PA	personnes âgées
PAI	plan d'aide à l'investissement
PH	personnes handicapées
PAM	plan d'aide à la modernisation
PASA	pôles d'activités et de soins adaptés
PRIAC	programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSGA	plan solidarité grand âge
PUI	pharmacie à usage intérieur
SDOSMS	schéma départemental d'organisation sociale et médico-social
SG	secrétariat général
SNIRAM	système national d'information de l'assurance maladie
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
UHR	unités d'hébergement renforcées
USLD	unité de soins de longue durée

Réponse de la direction du budget

209-141

MINISTÈRE DU BUDGET
DES COMPTES PUBLICS
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

DIRECTION DU BUDGET

Paris, le 11 FEV. 2010

TÉLÉDOC 275
139, RUE DE BERCY
75572 PARIS CEDEX 12

Affaire suivie par Alexandre KOUTCHOUK
Bureau 6BSI
Téléphone : 01 53 18 71 87
Télécopie : 01 53 44 68 62
N° DF-6BSI-10-3090

NOTE

pour Monsieur le Chef de l'Inspection
Générale des Affaires sociales
Section des rapports
39-43, quai André Citroën
75 739 Paris cedex 15

et pour Monsieur le Chef du service
de l'Inspection générale des Finances
Télédoc 335

Objet : Rapport provisoire de l'enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense (OGD).

Réf. : Lettre n° 791 du 15 décembre 2009.

Par lettre citée en référence, vous m'avez adressé le rapport provisoire de l'enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (OGD) destiné à analyser les causes de la sous-consommation des crédits médico-sociaux délégués à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et je vous en remercie.

La mission a effectué un remarquable travail d'explicitation des causes structurelles de la sous-consommation, appuyé sur une analyse poussée des remontées des données de la CNSA et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Ce travail a contribué non seulement à l'élaboration de l'OGD et de l'ONDAM médicosocial de 2010 en permettant par exemple d'identifier et d'étaler les engagements pluriannuels de la CNSA mais également à celui de l'exécution de l'ONDAM 2009 en légitimant la restitution à l'assurance-maladie d'une quote-part de la sous-consommation des dépenses médicosociales acquittées par celle-ci.

La direction du Budget partage les constats de la mission sur les carences actuelles de la budgétisation mais remarque que l'amélioration de la procédure suppose la constitution d'un système d'information performant, lequel devrait en outre s'attacher à collecter des données budgétaires portant sur l'intégralité du compte de résultat des établissements médico-sociaux.

Enfin, la direction du Budget s'associe aux principales recommandations de la mission portant sur la mise en œuvre plus transparente et plus exigeante de l'OGD et sur le renforcement des capacités de pilotage des politiques médico-sociales.

LE DIRECTEUR DU BUDGET

Philippe JOSSE



DIRECTION
DU BUDGET

Réponse de la Direction de la sécurité sociale (DSS)



**Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État
Ministère de la santé et des sports**

Direction de la Sécurité sociale
Sous-direction du financement de l'offre de soins
Bureau 1A - Établissements et services médico-sociaux
Personnes chargées du dossier :
Personnes âgées : Damien VICCINI
Tél. : 01-40-56-73-45
Personnes handicapées : Marie-José SAULI
Tél : 01-40-56-51-27

Paris, le 22 JAN. 2010

Inspection Générale Des Affaires Sociales
26 JAN. 2010
N° 067

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
Inspection générale des affaires sociales
39/43, Quai André Citroën
75 739 Paris cedex 15

Objet : Rapport de la Mission IGAS-IGF sur la consommation des crédits soumis à l'objectif général de dépenses (OGD) géré par la CNSA.

Je vous prie de bien vouloir trouver, ci-joint en annexe, l'avis de la Direction de la Sécurité sociale quant aux recommandations issues de la mission diligentée par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances sur le sujet de l'objectif général de dépense de la CNSA.

En tout premier lieu, je tiens à vous réitérer mes remerciements pour la qualité des analyses développées au sein de ce rapport.

Il me semble néanmoins que ce rapport doit être considéré comme une première étape vers une réflexion plus globale concernant le pilotage du secteur médico-social dans son ensemble et la recherche d'une plus grande efficacité. A ce titre, je proposerai prochainement à mes ministres de tutelle un plan d'action en ce sens, qui englobera notamment les sujets développés par votre analyse. A ce jour, j'identifie plusieurs points nécessitant un travail d'analyse complémentaire :

- **Une amélioration des outils d'affectation et de suivi des crédits**

Les crédits médico-sociaux ne pourront faire l'objet d'une plus juste et efficace dépense que si est entreprise une redéfinition de la régulation et du pilotage de la dépense et de l'exécution du budget.

Il est absolument nécessaire que des systèmes d'informations adaptés et efficaces permettent d'opérer un suivi précis de la dépense et de la régulation (créations de places, médicalisations...) et assurent un lien permanent sur cette thématique entre la CNSA et les ARS. A ce titre, l'un des enjeux majeurs à venir dans un contexte de création des ARS correspond à une précision de la tutelle locale et à un meilleur pilotage.

Par conséquent, il conviendra de faire évoluer les outils de programmation actuels afin d'apporter des solutions à un meilleur contrôle de la dépense d'assurance maladie dont notamment un recalibrage des objectifs nationaux en fonction des situations locales. Il s'avère urgent de mettre un terme aux dysfonctionnements du dialogue constatés entre le niveau national et local mis en exergue par le sujet des dépenses encadrées sur le champ des personnes handicapées.

Copie F Heyries, L Vichay

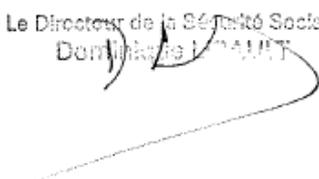
- **Une réflexion sur la modernisation du pilotage territorial**

L'enjeu que représente la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) est au cœur des problématiques abordées par votre rapport. Ce rôle de pilotage du secteur médico-social doit impérativement revenir aux futurs directeurs généraux d'ARS.

Ces deux aspects devront nous permettre collectivement d'optimiser les règles d'allocation et de contrôle des financements assurés par l'Assurance maladie, non seulement grâce à un dialogue renforcé entre échelons décisionnels mais également par un recalibrage régulier des projets au gré des remontées d'informations du territorial vers le national.

La DSS, à ce titre, proposera prochainement la mise en place d'un groupe de travail national dédié au renforcement de l'efficacité financière de ce secteur, qui pourra s'inscrire dans le cadre de la préparation de la future Convention d'objectif et de gestion (COG) entre l'Etat et la CNSA.

Le Directeur de la Sécurité Sociale
Dominique LAMANT



Annexe : Avis de la DSS sur les préconisations de la Mission

- **Recommandation n°1 relative à l'utilisation des données par établissement remontées par les DDASS (ARS) afin de préparer l'OGD [position favorable]**

Cette proposition tendrait à améliorer l'adéquation financière entre les besoins réels au niveau local et les dépenses prévues au sein de l'OGD. De même, une logique pluriannuelle de financement permettrait d'avoir une vision plus globale et étalée des crédits à mobiliser.

Un tel dispositif nécessite une mise en œuvre progressive dès l'année 2011 afin de pouvoir être opérationnel pour l'exercice 2012. Il faut en outre que les notifications de la CNSA soient réalisées sur la base de l'OGD et non des dépenses encadrées dans le cadre de ce dispositif comme l'explique la recommandation n°5.

- **Recommandation n°2 relative à une répartition des excédents entre l'Assurance maladie et la CNSA proportionnelle à leur participation au sein de l'OGD [position favorable]**

Cette solution est conforme à la clé de répartition du financement de l'OGD, l'Assurance maladie y participant très majoritairement à près de 90%. De plus, l'évolution de l'ONDAM MS est en régulière progression (5,8% pour 2010 et 5,1% après la restitution de 150 M€ au profit de l'Assurance maladie au titre des excédents 2009) dans une période actuelle de forte dégradation des finances publiques et des comptes de l'assurance maladie.

- **Recommandation n°3 relative à la prévision d'une enveloppe CNR et PAI dans la préparation de l'OGD [position favorable]**

Les résultats de l'enquête ont mis en lumière d'importants crédits non reconductibles (600 M€ sur les 2 champs dont 84 M€ pour le financement de mesures pérennes). Il est indéniable que ces crédits constituent une nécessaire marge de manœuvre locale.

Néanmoins, il convient préalablement de mettre en œuvre un suivi efficient des engagements et de la consommation des crédits affectés au PAI avant d'engager toute réflexion relative sur la détermination d'enveloppes dédiées aux CNR et PAI.

- **Recommandation n°4 relative à l'information du Parlement sur la fixation et la mise en œuvre de l'OGD [position favorable sur le fond, modalités à préciser]**

La DSS n'oppose pas d'objection de principe à cette recommandation. Celle-ci, nécessite néanmoins de procéder à une modification de la loi organique. L'annexe 8 du PLFSS permet aujourd'hui au Parlement d'être informé sur le montant prévisionnel de l'OGD et de la participation de la CNSA.

Par ailleurs, les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale présentent deux fois par an les comptes de la CNSA, qui informent sur l'équilibre financier de la CNSA. Enfin, les tableaux d'équilibre inscrits au sein de la LFSS ne concernent que les branches de la sécurité sociale et ne peuvent intégrer les données relatives à l'OGD.

- **Recommandation n°5 relative à la suppression de la délégation sur la base des dépenses encadrées et à la mise en place d'une répartition des crédits de l'OGD entre les ARS [position favorable]**

Cette proposition limiterait les risques de confusion des services déconcentrés entre l'OGD et les dépenses encadrées. Ces dernières devraient correspondre à un plafond de dépenses totales de soins parmi lesquelles figurent les recettes propres des établissements.

C'est pourquoi la DSS est favorable à une modification législative afin que les notifications s'effectuent sur la base de l'OGD et non plus des dépenses encadrées. Le dispositif actuel est synonyme d'une « double prise en charge financière » des dépenses des établissements (dépenses encadrées). Ces dépenses sont perçues directement par les établissements PH mais également prises en compte par l'OGD et l'ONDAM médico-social.

- **Recommandation n°6 relative à un meilleur enregistrement des engagements pluriannuels [position favorable]**

La mise en œuvre d'un dispositif d'enregistrement comptable des engagements recensés au niveau local (ARS) dans les comptes de la CNSA et ceux de l'assurance maladie (qui pourraient alors se traduire par des provisions) sera difficilement réalisable à brève échéance car il requiert l'élaboration de circuits et d'outils d'échanges de données entre ces organismes, ainsi que la modification des dispositions législatives (article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles notamment) qui définissent actuellement les charges retracées dans les comptes de la CNSA.

D'autre part ce point s'inscrit dans le cadre des travaux initiés par le Conseil de normalisation des comptes publics sur la définition des « passifs sociaux ». Il serait souhaitable que la proposition de la mission s'intègre à cette réflexion.

- **Recommandation n°7 relative à l'homogénéisation des outils de gestion budgétaire permettant d'élaborer un SI partagé [position favorable]**

L'élaboration d'un outil partagé de gestion et de transmission des données budgétaires du secteur médico-social entre ARS/CNSA et Assurance maladie est nécessaire. Il convient de préciser que ce type d'outil n'a pas vocation, en l'état actuel de la législation, à impacter la comptabilisation des dépenses du secteur médico-social, mais plutôt à améliorer le suivi de la consommation des crédits délégués et l'élaboration des prévisions pour les exercices ultérieurs.

- **Recommandation n°8 relative à une communication mensuelle des paiements effectués par les CPAM à la CNSA pour un meilleur suivi de la consommation par établissement au sein de chaque ARS [position favorable]**

La proposition de transmission de données financières par établissement aux ARS et à la CNSA pour le suivi des crédits alloués à chacun d'entre eux est intéressante. Néanmoins, si l'objectif est bien de procéder à un suivi détaillé par établissement des dépenses, un tel dispositif se justifie au niveau de l'ARS qui tarifie les ressources de chaque établissement et assure donc l'agrégation des données.

La mise en place de ces outils de suivi devra permettre de renforcer la qualité du dialogue entre les ARS et le niveau national.

- **Recommandation n°9 relative à une certification des comptes de la CNSA par la Cour des comptes [Position favorable sur le principe mais modalités à préciser]**

Le principe d'une obligation de certification des comptes de la CNSA est souhaitable compte tenu de son implication dans le processus d'arrêtés des comptes de l'ensemble des régimes d'assurance maladie et des masses budgétaires retracées dans ses comptes (plus de 18 Md€ en 2009).

Cependant, l'intervention de la Cour des comptes nécessite l'aménagement de l'article LO.111-3 VIII du code de sécurité sociale et de l'article LO.132-2-I du code des juridictions financières, tous deux de niveau organique, au regard de la structure même de la CNSA.

L'obligation de certification de la CNSA pourrait également s'intégrer dans le dispositif en vigueur pour les régimes de sécurité sociale autres que le régime général et pour les organismes tel que le FSV en aménageant l'article L.114-8 du CSS dans le cadre soit d'une loi ordinaire (projet sur le risque dépendance par exemple) soit du PLFSS pour 2011, ce qui permettrait l'intervention d'un commissaire aux comptes.

- **Recommandation n°10 relative à une meilleure articulation des responsabilités respectives du SG, de la DGAS et de la CNSA.**
- **Recommandation n°11 relative à l'organisation d'un dialogue de gestion entre la CNSA et chaque ARS.**
- **Recommandation n°12 relative à l'organisation équilibré des services de l'ARS en matière de pilotage stratégique et de gestion de proximité.**
- **Recommandation n°13 relative à la dotation des équipes des ARS en matière d'outils de gestion.**

Ces quatre recommandations constituent pour la DSS l'axe central de la recherche d'une plus grande efficacité de la dépense dans le contexte de création des ARS. La régulation et le pilotage de la dépense ainsi que l'exécution des budgets devront être redéfinis dans l'optique d'une « juste dépense » de l'assurance maladie.

Des systèmes d'informations partagés entre la CNSA et les ARS sont à développer afin de permettre un suivi précis de la dépense et de la régulation (créations de places, médicalisations...) à travers un pilotage local renforcé.

Un recalibrage des plans nationaux compte tenu des situations locales doit permettre de faire évoluer les outils de programmation actuels nécessaire pour un meilleur contrôle de la dépense médico-sociale. De même, le dialogue de gestion entre la CNSA et les ARS doit-il être amélioré.

- **Recommandation n°14 relative à l'évaluation des politiques de moyen terme comme le PSGA – plan Alzheimer pour leur meilleure articulation et ajustement. [Position favorable].**

Ce dispositif suppose l'existence d'un système d'informations perfectionné entre les établissements, les ARS et la CNSA permettant d'avoir une vision actualisée de la réalisation effective de ces plans. Pour cela, il s'agit de déterminer un cadre juridique et de préciser les outils nécessaires à une telle évaluation.

- **Recommandation n°15 relative à la définition par les ARS d'une stratégie régionale médico-sociale par rapport aux conseils généraux. [Position défavorable].**

Dans un but d'équité et visibilité territoriale, la politique médico-sociale doit être définie au niveau national avant d'être appliquée dans les régions et les départements, en tenant compte des spécificités locales.

Il est important que la DSS soit partie intégrante du pilotage national de la politique médico-social notamment afin d'assurer une vigilance sur la consommation des crédits alloués par l'assurance maladie et notifiés aux ARS. Il reviendra aux ARS de faire valoir auprès des conseils généraux une stratégie régionale déclinant d'une stratégie nationale.

- **Recommandation n°16 relative à un meilleur suivi de la qualité des prises en charge médicale des résidents pour l'intégrer dans les procédures d'allocation des ressources [Position favorable]**

L'enjeu repose notamment sur la capacité de prendre en compte la qualité de l'allocation des ressources, pour un suivi précis des places créées et médicalisées au niveau local et une comparaison entre les établissements.

La DSS a inséré dans le décret précité un paragraphe sur la remontée d'informations relatives à la qualité et l'efficacité des soins et la de prise en charge des résidents de la part des établissements auprès des ARS. Un arrêté précisera la date de mise en œuvre de ce dispositif et la liste des indicateurs retenus. L'expérimentation de ce mécanisme, à titre informatif uniquement dans un premier temps, permettra, dans un deuxième temps, de moduler le forfait de soins en fonction de la qualité des soins.

Observation de la mission aux réponses de la Direction de la sécurité sociale (DSS)

La mission a pris acte des observations présentées par la direction de la sécurité sociale et partage l'analyse du directeur de la sécurité sociale sur la nécessité d'une réflexion plus globale concernant le pilotage du secteur médico-social et la recherche d'une plus grande efficacité dans le cadre des futures ARS.

S'agissant des remarques générales exprimées par le directeur de la sécurité sociale, la mission a pris acte du fait que plusieurs points nécessitent un travail d'analyse complémentaire : l'amélioration des outils d'affectation et de suivi des crédits et la réflexion sur la modernisation du pilotage territorial.

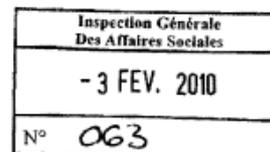
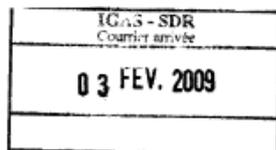
La mission constate que la direction de la sécurité sociale partage ses préconisations majeures relatives à :

- la nécessité de mettre en place dans des délais rapprochés un système d'informations partagé adapté permettant un suivi efficace en temps réel de la consommation des crédits et des engagements pluriannuels (médicalisation, création de places...);
- le recalibrage des objectifs nationaux en fonction des situations locales;
- la mise en place d'un dialogue de gestion efficient qui permettrait de mettre fin à une relative perte de maîtrise du pilotage financier de l'OGD (ex des « dépenses encadrées »).

La mission se félicite que la direction de la sécurité sociale ait exprimé un avis favorable sur l'ensemble des préconisations de la mission. Elle prend acte des précisions à apporter concernant les modalités de mise en œuvre des recommandations n°4 (information du Parlement sur la fixation et la mise en œuvre de l'OGD) et n°9 (certification des comptes de la CNSA par la Cour des comptes)

La mission se réjouit de la proposition du directeur de la sécurité sociale de mettre en place prochainement un groupe de travail national dédié au renforcement de l'efficacité financière du secteur médico-social qui pourra s'inscrire dans le cadre de préparation de la future COG entre l'Etat et la CNSA.

Réponse de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)



Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement durable et de la mer

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des affaires financières et de la modernisation
Bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social

Dossier suivi par :
Serge CANAPE
Chef du bureau
Tél. : 01 40 56 87 35 Fax : 01 40 56 87 23
Courriel : serge.canape@sante.gouv.fr

N° MERCURE 206/D/2010

Paris, le 01 FEV. 2010

NOTE

Pour

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Rapport provisoire de l'enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif général de dépenses. IGAS RM 2009-141P/IGF 2009-M-036-02

PJ : 1

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après, dans le cadre de la procédure contradictoire, mes observations sur le rapport cité en objet.

L'enquête confiée à la mission IGAS-IGF dresse un constat et formule des recommandations que je partage largement et dont la mise en œuvre guidera utilement la rédaction de la prochaine COG Etat-CNSA 2010-2013 afin de contribuer à l'amélioration du taux d'exécution et de consommation de l'Objectif général de dépenses (OGD).

Les recommandations formulées par le rapport me paraissent particulièrement importantes et pertinentes au regard des enjeux suivants :

- la mise en œuvre de systèmes d'information : il convient de distinguer la mise en œuvre rapide d'un système d'information de préparation et d'exécution budgétaire, qui constituera l'outil de dialogue indispensable entre la CNSA et les ARS (recommandation n°1), de la mise en place d'un SI métier, outil de tarification mis à la disposition des ARS (recommandation n°7).

Le système d'information de préparation et d'exécution budgétaire doit être mis en place dans les meilleurs délais et une première version, même dégradée, doit pouvoir être opérationnelle dès 2011.

Le regroupement des données budgétaires par établissement, SI métier, dont la mise en œuvre peut être différée dans le temps de la mise en œuvre de la COG 2010-2013, doit bénéficier d'une assise réglementaire afin que les établissements concernés fassent effectivement remonter les données nécessaires et que la CNSA ne se heurte pas aux mêmes difficultés que celles liées à la mise en œuvre de l'outil REBECA pour lequel l'absence d'obligation de renseignement et d'instructions de remplissage par la CNSA conduit à remonter des données pour partie inexploitables.

- le suivi de l'exécution de la dépense : la mise en place d'un suivi des crédits de type AE/CP, concomitante avec l'élaboration d'un cahier des charges rigoureux pour la sélection des dossiers éligibles au Plan d'aide à l'investissement, doit permettre une meilleure sélection des promoteurs et une accélération de l'installation des places et de l'effectivité des mesures nouvelles. Par ailleurs, la mise en place par la CNSA d'un pilotage strict des crédits non reconductibles (CNR) permettra de s'assurer de leur bonne utilisation et de limiter leur croissance.

- une meilleure organisation du dialogue avec les ARS : il appartient à la CNSA de mettre en place très rapidement les conditions d'un dialogue de gestion avec les ARS sur les modalités et les paramètres d'allocation des ressources aux établissements et la création de places nouvelles. Ce dialogue de gestion s'appuiera sur le système d'informations précédemment évoqué afin de renforcer le rôle de la CNSA dans le suivi de l'exécution de la dépense.

Par ailleurs, je souhaite vous faire part de mes observations sur certains points abordés dans le rapport :

Le rapport critique (§ 356-357) la mise en œuvre du plan Alzheimer, invoquant des difficultés de coordination et de partage des compétences entre la DGAS et la CNSA.

Cette appréciation des délais de mise en œuvre du plan Alzheimer par la mission est erronée. Il ne s'agit pas d'un retard dû à un supposé manque d'anticipation ou de coordination mais simplement d'un délai inhérent à une mise en œuvre nécessairement phasée des mesures du plan.

Pour chaque mesure du plan, la mission Alzheimer a identifié et désigné un pilote, un ou des sous pilotes et des partenaires associés. Le pilote coordonne les sous pilotes, ce qui renvoie à un mode d'organisation fonctionnel où le partage des responsabilités est clairement affiché.

Par ailleurs, le déploiement du plan Alzheimer ne pouvait échapper à une montée en charge progressive dans la mesure où la phase d'expérimentation précède nécessairement la phase d'évaluation destinée à dégager des indicateurs de suivi et les modalités de mutualisation et de duplication des mesures, puis la phase de généralisation à l'ensemble du territoire. Ainsi, sans qu'il soit possible d'en faire l'économie, l'année 2008 a été consacrée à la rédaction des cahiers des charges, des appels à projets et des référentiels des mesures 1, 2, 4, 5, 6, 16 et 20. L'année 2009 a été l'occasion d'entrer de plain-pied dans la mise en œuvre opérationnelle des mesures phares avec la publication de la circulaire interministérielle du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan dont l'arbitrage a nécessité un certain délai eu égard à l'enjeu que représentait le financement dudit volet et son impact sur celui du plan solidarité grand âge (PSGA 2007-2012).

La mission propose (§ 297) que la CNSA soit systématiquement associée aux réunions interministérielles relatives à la construction de l'ONDAM dans le cadre du PLFSS.

Si le rôle technique de la CNSA dans cette procédure d'élaboration en fait un acteur important dans la construction des différents scénarii qui sont ensuite soumis à l'arbitrage du Premier ministre, il me paraît tout à fait inapproprié que cet opérateur soit directement associé aux réunions interministérielles où sont arrêtés les choix stratégiques du Gouvernement pour le PLFSS.

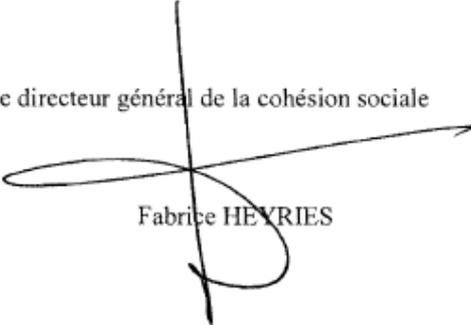
Au même titre, la mission (§441) propose que la CNSA intervienne systématiquement et obligatoirement sur toutes les mesures politiques ou techniques prises par l'Etat concernant la

politique salariale. Cette proposition est en contradiction avec la lettre et l'esprit des dispositions législatives qui prévoient que cette compétence appartient aux seuls ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale (art.L.314-6 du CASF). La CNSA doit, sur cette question également, jouer pleinement son rôle d'opérateur et être en mesure de prendre en compte et de traduire dans les notifications de crédits de l'OGD aux ARS les mesures salariales arrêtées par le Gouvernement et annoncées aux partenaires sociaux dans le cadre de la conférence salariale annuelle à laquelle la CNSA est, bien entendu, systématiquement associée. Je suis donc opposé à la proposition de la mission de systématiser et de rendre obligatoire l'intervention de la CNSA sur les mesures salariales envisagées par l'Etat, d'autant que ces mesures, au-delà de leurs incidences financières, sont un outil de promotion des politiques publiques voulues par les ministres pour le secteur.

Si je partage les observations de la mission quant à l'insuffisance de clarification dans la COG du positionnement et des rôles et compétences respectives de l'opérateur et des autorités de tutelles (§439), je rejette totalement les conséquences qui en sont tirées par la mission sur un supposé doublonnage des moyens alors que la mission n'indique pas les éléments qui lui permettent d'avancer une telle hypothèse au demeurant totalement infondée.

Enfin, je souhaite vous indiquer que je suis en désaccord avec la proposition de modification de la règle de répartition des excédents au profit de la CNSA en lui substituant une répartition suivant une clé qui affecterait 10% de l'excédent à la CNSA et 90% à l'assurance maladie (recommandation n°2). Cette modification se heurte au principe d'universalité des dépenses qui ne permet pas d'identifier les causes des excédents et, de plus, une nouvelle clé de répartition des excédents devrait s'appliquer à l'identique aux déficits ce qui générerait un risque important pour les crédits d'assurance maladie. Par ailleurs, dans un contexte de diminution prévisible des excédents grâce aux nouvelles modalités de budgétisation, cette mesure serait politiquement dommageable pour un enjeu à terme nul.

Le directeur général de la cohésion sociale



Fabrice HEYRIES

DGCS

01/02/2010

ENQUETE SUR LA CONSOMMATION DES CREDITS SOUMIS A L'OGD
Réponses de la DGCS aux recommandations du rapport dans le cadre de la procédure contradictoire

N°	Page	RECOMMANDATIONS	ECHEANCE	AUTORITES RESPONSABLES	REPOSE CONTRADICTOIRE DGCS
1	85	- A partir de 2010, mettre en place une procédure budgétaire de préparation de l'OGD des années 2011 et suivantes à partir des données par établissement remontées des échelons territoriaux	2010 p/application 2011 □	CNSA	AVIS FAVORABLE à la mise en œuvre rapide par la CNSA d'un SI de préparation et d'exécution budgétaire et indispensable qui constituera l'outil de dialogue entre la CNSA et les ARS sur les différents agrégats de l'ONDAM : reconduction, mesures nouvelles et médicalisation. Une première version doit être disponible dès 2011
2	86	- A partir de 2010, modifier la règle actuelle de répartition à 100% des excédents au profit de la CNSA en lui substituant des dispositions prévoyant la répartition suivant une clé entre la CNSA (10%) et l'AM (90%) des excédents comme des déficits éventuels	LFSS 2011	DSS	OPPOSITION à la recommandation Cette proposition reviendrait à mettre fin au report automatique des ressources de la CNSA dont la base législative (art.L.14-10-8) est issue du texte fondateur de la Caisse (loi du 30 juin 2004). Le législateur est par ailleurs libre, comme la montré la LFSS 2010, d'affecter les éventuels excédents en fonction de ses priorités.
3	86	- Prévoir de manière explicite dans la répartition de l'OGD une enveloppe de financement de CNR et de PAI permettant la poursuite d'actions de modernisation des ESMS	OGD 2011	DSS/DGCS	AVIS FAVORABLE - expertiser un mode de suivi de crédits de type AE/CP pour le suivi des crédits d'investissement. - En parallèle, mettre en place un cahier des charges rigoureux dans la sélection des dossiers éligibles au PAI/CNR investissement afin de sélectionner des promoteurs solides dans l'objectif d'une accélération de l'installation des places. Il s'agit d'accompagner les services dans cette démarche de sélection afin d'avoir une garantie quant aux délais de réalisation et à la fiabilité du plan de financement du projet, et au caractère réellement non reconductible des dépenses engagées

DGCS		01/02/2010			
N°	Page	RECOMMANDATIONS	ECHEANCE	AUTORITES RESPONSABLES	REPONSE CONTRADICTOIRE DGCS
4	86	- Développer l'information du Parlement quant à la fixation de l'OGD et ses conditions effectives de mise en œuvre, sur la base des remontées des données ESMS centralisées par la CNSA	LFSS 2011	DSS/DGCS/CNSA	- Information des parlementaires effectuée dans le cadre et selon les modalités prévue par la loi organique sur le financement de la SS.
5	87	- Supprimer la délégation par la CNSA des crédits sur la base des dépenses encadrées et mettre à la place une procédure de répartition des crédits OGD entre les ARS qui devra être notifiée avant la fin du mois de janvier permettant ainsi l'achèvement de la campagne budgétaire au cours du 1 ^{er} trimestre	OGD 2011	CNSA	AVIS FAVORABLE La réduction des écarts OGD/Dépenses encadrées est réalisable par la mobilisation d'une fraction des excédents La mise en œuvre de cette réduction des écarts doit intervenir dès 2011 en mobilisant les réserves disponibles. - La réduction des délais de notification des dotations aux établissements est indispensable pour l'accélération de l'installation des places : garantie pour un gestionnaire d'obtenir des crédits pérennes dans le lancement du projet - Ceci permettra la diminution mécanique d'une partie de la sous consommation des crédits car les mesures nouvelles pourront être utilisées en année pleine (11 mois si notification fin janvier) plutôt que sur 6 mois l'heure actuelle, générant ainsi des marges en CNR importantes non utilisées ou mal consommées.
6	88	- Assurer un meilleur enregistrement des engagements pluriannuels	2010	DSS/CNAMTS/ CNSA	AVIS FAVORABLE l'expertise d'une gestion AE/CP est indispensable pour s'assurer de la bonne réalisation des créations de places décidées L'absence d'engagements pluriannuels risque d'engendrer une rétraction du nombre de places créées ou a contrario de la cavalerie budgétaire.

DGCS		01/02/2010			
N°	Page	RECOMMANDATIONS	ECHEANCE	AUTORITES RESPONSABLES	REPONSE CONTRADICTOIRE DGCS
7	88	- Homogénéiser les outils de gestion de la campagne budgétaire servant à la tarification afin d'élaborer un SI partagé regroupant les données par établissement centralisé au niveau CNSA	2010-2011	CNSA	AVIS FAVORABLE Il conviendra de donner une assise réglementaire afin que les ESMS jouent le jeu de la remontée d'informations dans le cadre adéquat. Il s'agit là d'un SI métier outil de tarification à disposition des ARS. L'enjeu de l'assise réglementaire est important et consiste à poser une obligation pour les établissements de faire remonter les données nécessaires A titre d'exemple l'absence d'obligation de remplissage de l'outil REBECA et d'absence d'instruction par la CNSA, adressée aux fédérations/associations, dans le caractère obligatoire du respect des formes dans les remontées des CA faites aux SD, conduit à avoir une partie des données inexploitable dans REBECA.
8	89	- Mettre en place un dispositif de communication mensuelle des paiements effectués par les CPAM à la CNSA afin qu'elle puisse suivre la consommation des crédits ODG par établissement dans chacune des ARS	2010	CNSA/CNAMTS	AVIS FAVORABLE
9	89	- Donner à la Cour des Comptes une mission de certification des comptes de la CNSA	LFSS 2011	DSS/Cour des comptes	AVIS FAVORABLE
10	89	- Mieux articuler les responsabilités respectives du Secrétariat général des ministères sociaux, de la DGAS et de la CNSA	2010	SG/DGCS/CNSA	Les compétences du SG dans ce champ concernent l'animation du réseau des ARS, laquelle sera précisée dans le cadre du CNP L'articulation des responsabilités DGAS/CNSA sera formalisée dans le cadre de la COG.

DGCS 01/02/2010

N°	Page	RECOMMANDATIONS	ECHEANCE	AUTORITES RESPONSABLES	REPONSE CONTRADICTOIRE DGCS
11	90	- Organiser les conditions d'un dialogue de gestion entre la CNSA et chaque ARS	2010	SG/DGCS/CNSA	AVIS FAVORABLE La CNSA doit organiser un dialogue de gestion avec les ARS portant sur les modalités et les paramètres d'allocation de ressources aux établissements existants (convergence), les créations de place, et l'utilisation des crédits d'investissement et d'aide à la modernisation
12	90	- Organiser les services de l'ARS en garantissant un bon équilibre entre les services en charge du pilotage stratégique et ceux en charge de la gestion de proximité	2010	SG/DGCS/CNSA	AVIS FAVORABLE Les services en charge de la gestion de proximité devront se positionner en réel appui méthodologique, juridique...auprès des antennes locales de l'ARS.
13	91	- Doter les équipes des ARS des outils de gestion leur permettant un réel pilotage régional	2010-2011	SG/DGCS/CNSA	AVIS FAVORABLE : il convient de s'assurer de la compatibilité entre un SI métier utilisé pour la tarification des établissements par les SD, ainsi que le reporting et la consolidation par la CNSA, et l'outil budgétaire et comptable de dialogue entre la CNSA et les ARS. - Besoin métier : décomposer le processus de tarification et de contrôle des services et réfléchir à la mise en place d'une interface EXTRANET se saisissant des données par les établissements permettant à la CNSA de procéder à des extractions en temps réel dans le suivi de la consommation des crédits.
14	92	- Evaluer les politiques de moyens tel que le PSGA ou le plan ALZHEIMER afin de mieux les articuler et de procéder aux ajustements nécessaires	2010-2011	DGCS/IGAS	- la budgétisation des tranches annuelles des plans, tel le plan Alzheimer, est chiffrée par la CNSA dans le cadre de la préparation du PLFSS Par ailleurs la procédure d'appel à projets instaurée par la loi HPST doit permettre de mieux articuler les objectifs nationaux déclinés dans les plans et les possibilités locales de mise en œuvre

DGCS

01/02/2010

N°	Page	RECOMMANDATIONS	ECHEANCE	AUTORITES RESPONSABLES	REPOSE CONTRADICTOIRE DGCS
15	93	- Définir au niveau des ARS une stratégie régionale vis-à-vis des CG sur la politique médico-sociale	2010-2011	SG/DGCS/CNSA/ARS	AVIS FAVORABLE La mise en place de la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux devra faciliter le dialogue Etat-Assurance maladie-Collectivités locales sur cette thématique
16	94	- Mieux suivre la qualité des prises en charge médicales des résidents afin de l'intégrer dans les procédures d'allocation de ressources. - Améliorer le SNIRAM pour mieux suivre la consommation de soins des personnes hébergées en ESMS	2010	DGCS/DSS/CNSA / CNAMTS	OBJECTIF PARTAGE. - Réflexion à mener autour du contenu des nouvelles conventions tripartites EHPAD afin de pouvoir tenir compte dans la tarification de la qualité du service rendu au résident. - Construire un outil de suivi de la qualité du service rendu : question de la prise en compte des travaux réalisés au titre de la démarche d'amélioration continue de la qualité dans les ESMS.

Observation de la mission aux réponses de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

La mission se félicite que la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) partage largement le constat et les recommandations exprimés dans le rapport.

Elle a pris connaissance avec beaucoup d'intérêt des précisions apportées quant aux modalités de mise en œuvre des recommandations de la mission, particulièrement sur la mise en œuvre des systèmes d'informations (nécessité de mettre en place dès 2011, éventuellement dans une version dégradée, un système d'informations de préparation et d'exécution budgétaire et la nécessité pour le SI métier d'une réflexion à mener dans le cadre de la COG sur l'assise réglementaire de celui-ci), le suivi de l'exécution de la dépense (par le biais notamment de la mise en place d'une interface EXTRANET) et une meilleure organisation du dialogue de gestion avec les ARS.

La mission partage également l'analyse et les propositions détaillées émises par la DGCS pour lesquelles elle exprime un avis favorable, notamment la mise en place de cahiers des charges détaillés pour l'amélioration de la sélection des projets éligibles aux PAI/CNR « investissement ».

En revanche, la mission regrette le désaccord de la DGCS concernant la proposition relative à la modification des règles de répartition des excédents. La mission ne peut que partager le constat du DGCS concernant la nécessité d'améliorer la qualité de la précision budgétaire à travers des mécanismes AE/CP permettant de suivre de manière effective les engagements pluri annuels. Elle maintient cependant sa proposition, le plein effet de ces nouveaux dispositifs ne pouvant être acquis avant un certain délai.

Par ailleurs, du point de vue de la mission, il s'agit également d'une question d'équité et de bonne gestion financière ainsi que de responsabilisation des acteurs, dans un contexte de contraintes financières accrues pour l'assurance maladie.

Dans sa réponse, le DGCS partage les observations de la mission « quant à l'insuffisance de clarification dans la COG du positionnement et des rôles et compétences respectives de l'opérateur et des autorités de tutelle ».

Cependant, le DGCS critique les préconisations de la mission concernant :

- 1) L'intervention systématique de la CNSA sur toutes les mesures politiques et techniques prises par l'Etat concernant la politique salariale.

La mission regrette ce point de vue car elle juge que la CNSA, du fait de sa connaissance de la mise en œuvre de l'OGD par les services déconcentrés et de ses conséquences sur les ESMS, détient une expertise qui paraît utile de mobiliser pour assurer la qualité de l'arbitrage politique y compris en matière de politique salariale appliquée aux établissements. La mission considère que ce rôle d'expertise ne doit évidemment pas entraîner de confusion dans les responsabilités et périmètres de compétences de chacun des acteurs (tutelle-stratégie et pilotage des politiques publiques et opérateur-expert) dans le cadre de la préparation du PLFSS.

2) la participation de la CNSA aux réunions interministérielles relatives à la construction de l'ONDAM dans le cadre du PLFSS

La mission regrette cette prise de position qui lui paraît traduire de son point de vue un malentendu. Dans l'esprit de la mission, il ne s'agit pas de créer de la confusion sur la place de la DGCS et de la CNSA dans le cadre des discussions interministérielles. La mission souhaite que soit renforcé les échanges d'information entre la DGCS et la CNSA afin que les décisions majeures soient précédées d'une expertise ou d'un avis de la CNSA pour la préparation budgétaire de l'OGD.

Pour éviter toute ambiguïté, la mission supprime la préconisation mise en cause. Les paragraphes 297 et 441 sont modifiés en conséquence.

Pour la mission, ces points devront être approfondis dans le cadre de la préparation de la future COG. Le souci de la mission qui reprend ici différents rapports parfois anciens est d'aboutir à une réelle clarification des rôles dans le pilotage des politiques médico-sociales, à une meilleure articulation entre la tutelle et l'opérateur et à une intensification des échanges, notamment techniques de la part de la CNSA.

Réponse de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et observation de la mission



Paris le 8 janvier 2010

Le Directeur

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Section des rapports

39-43 quai André Citroën

75015 PARIS

Objet : Rapport provisoire de l'enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (OGD)

Réfer. : Rapport IGAS RM 2009-141P / IGF 2009-M-036-02 transmis le 15 décembre 2009

PJ : 1

Je vous pris de bien vouloir trouver ci-jointes les observations détaillées de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en référence aux paragraphes du rapport cité en objet.

Je tiens à souligner que je partage les constats de la mission sur l'origine de la sous consommation de l'OGD qui tient pour l'essentiel au délai de mise en œuvre des mesures nouvelles financées dans ce cadre. En effet, à la différence des mesures nouvelles de développement de l'offre sanitaire qui sont principalement constituées par des mesures de revalorisation tarifaire ou par des crédits destinés à la création ou au renforcement d'équipes dans des structures existantes et peuvent ainsi être dépensées dans l'année, celles du secteur médico-social relèvent de procédures d'autorisation ou de conventionnement (médicalisation des EHPAD) et impliquent souvent la création de nouvelles structures, induisant des délais de réalisation pouvant atteindre plusieurs années. L'absence de distinction, jusqu'à la mise en place progressive à partir en 2006 des enveloppes anticipées, entre autorisations d'engagement et crédits de paiement au sein de l'OGD conjuguée à l'obligation pour les DDASS de gager les autorisations délivrées sur les dotations départementales, a conduit de ce fait à accumuler dans celles-ci un volume important de crédits de

mesures nouvelles non consommés que l'enquête menée par la CNSA avec la mission IGAS-IGF a permis de mesurer.

Se fondant sur ce constat, le rapport critique la méthode de construction de l'OGD et des dotations départementales consistant schématiquement à augmenter l'objectif de l'année précédente du montant des mesures de reconduction et des tranches annuelles des plans de développement de l'offre. Il estime qu'une autre méthode –dont il préconise la mise en œuvre pour l'avenir- aurait dû être appliquée, fondée sur un dialogue de gestion serré entre la CNSA et les DDASS, en vue de déterminer le niveau effectif de consommation de crédits de l'année précédente et les prévisions de dépenses nouvelles pour l'année considérée, puis d'en réaliser une agrégation nationale. En ce qui concerne la CNSA, cette position me semble tenir insuffisamment compte des contraintes qui ne lui ont pas permis jusqu'ici de s'engager dans cette voie :

- en l'absence de système d'information sur la gestion des campagnes (le seul outil disponible à la création de la CNSA était SAISEHPAD, développé par la DHOS pour suivre les conventions de médicalisation des établissements pour personnes âgées), la CNSA n'a pas disposé des ressources humaines suffisantes pour conduire des dialogues de gestion de cette nature avec chacune des 100 DDASS ;
- dans une période de développement rapide de l'offre sous l'impulsion des grands plans nationaux (PSGA, Plan Alzheimer, Plan handicap) les moyens humains supplémentaires dont a bénéficié la CNSA sur le champ des établissements médico-sociaux par rapport aux administrations centrales précédemment chargées de ces missions ont été affectés, en plein accord avec les priorités définies par les administrations de tutelle, à la construction des outils nécessaires à la répartition équitable de cette offre nouvelle, en particulier à l'élaboration, au déploiement et au suivi des PRIAC ;
- comme le souligne lui-même le rapport, la répartition des rôles entre administrations centrales et CNSA dans le pilotage de l'activité d'allocation de ressources des services déconcentrés n'a pas été clairement définie et la légitimité de l'intervention dans ce domaine de l'établissement public CNSA vis-à-vis de services de l'Etat n'a pas été nettement affirmée. L'exemple que donne la mission du traitement de l'écart entre l'OGD et l'objectif de dépenses encadrées illustre ainsi les dysfonctionnements qui ont résulté du cloisonnement entre la fonction de définition du cadre juridique du financement des établissements par l'administration centrale et la fonction de gestion des enveloppes par la CNSA.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces observations qui confirment les principaux développements du rapport.*

Elle maintient son analyse quant à la nécessité de mettre en place rapidement un système d'information partagé entre le niveau local et le niveau central sur la base des outils de gestion de campagne tarifaire des DDASS regroupant les données par établissement. Ce système d'information servirait à la fois de base à une programmation budgétaire fiable et à un outil de « mécanisation » de la procédure d'élaboration des arrêtés.

Il est également indispensable d'articuler clairement les responsabilités respectives du Secrétariat général des ministères sociaux, de la DGAS et de la CNSA, notamment dans la perspective de la prochaine COG. Cela étant, la mission estime que la CNSA en sa qualité d'opérateur avait d'ores et déjà toute légitimité pour mettre en place un dialogue de gestion plus resserré avec les services déconcentrés sur le suivi des crédits, éventuellement par le biais des DRASS plutôt que des 100 DDASS (comme cela a été le cas pour l'enquête élaborée par la mission et la CNSA). Cette compétence de gestionnaire des crédits (allocation des crédits, suivi des dépenses et contrôle de l'utilisation des crédits) pouvant être exercée sans qu'elle soit pour autant en charge de la définition du cadre juridique du financement des ESMS.

La mission ne considère pas que la séparation entre les fonctions de définition du cadre juridique du financement exercée par l'administration centrale et de gestionnaire des crédits par la CNSA exonérait ou empêchait cette dernière d'exercer un suivi et un contrôle plus fin et en temps réel de la consommation des crédits, afin de pouvoir apporter éventuellement des mesures correctrices en cours d'année ou d'élaborer une prévision budgétaire plus fiable ; ce afin d'améliorer le taux de consommation des crédits. Sur l'exemple pris « des dépenses encadrées », il appartenait autant à la CNSA de s'interroger sur la pertinence de la base d'allocation des crédits et d'avoir un rôle d'alerte qu'à l'administration centrale de tutelle d'intervenir sur les aspects juridiques.

Par ailleurs, je suis en désaccord avec le diagnostic porté par le rapport d'une autonomie des services déconcentrés dans leur mission d'allocation de ressources qui se serait accrue depuis la création de la CNSA. D'une part, le rapport ne définit pas le point de comparaison qui permette d'étayer ce diagnostic. D'autre part, alors qu'il n'existait pas de dialogue de gestion relatif aux crédits de l'ONDAM entre les administrations centrales et les DRASS (les dotations étant régionales avant 2006), la CNSA a construit des échanges techniques réguliers, portant initialement essentiellement sur l'état des besoins et les programmations de places nouvelles mais constamment enrichis en trois ans pour intégrer désormais les préoccupations relatives à la consommation des enveloppes et à la capacité des services déconcentrés à piloter la mise en œuvre effective des mesures nouvelles par les établissements et services. En outre, la CNSA s'est efforcée de pallier le désengagement possible des DRASS induit par la fixation de dotations départementales en associant systématiquement le niveau régional à ces échanges et en respectant le plus possible ses propositions de déclinaison départementale de la dotation régionale.

Observation de la mission : *Les analyses de la mission portent sur la période 2006-2009 puisque c'est avec la création de la CNSA qu'apparaît la notion même d'excédents ou de sous-consommation de l'OGD. La mission a effectivement pu constater les efforts de la CNSA pour enrichir le dialogue avec les services déconcentrés par le biais d'enquêtes ou de retours sur les taux de consommation des crédits, d'autorisation et d'installation des places par département comme elle l'indique au §286.*

Elle maintient cependant son analyse sur l'autonomie croissante des services déconcentrés dans la gestion locale de l'OGD comme le démontrent le montant en augmentation sur la période étudiée des crédits non reconductibles ainsi que la faiblesse des informations remontées au niveau central sur la nature de leur emploi et leurs modalités de mise en œuvre. De même pour la reprise des déficits et des excédents qui obéit à des règles locales qui sont variables d'un département à l'autre.

Pour l'avenir, la CNSA est favorable à la mise en œuvre d'un système d'information de suivi de la dépense conçu à l'échelle de l'établissement, qui seul permettra d'alimenter un dialogue de gestion efficace, désormais concentré sur 26 Agences régionales de santé. Elle ne partage pas toutefois l'optimisme du rapport sur les délais de réalisation d'un tel outil et, surtout, sur les délais nécessaires à l'obtention de données fiables, permettant de fonder la prévision budgétaire. L'exploitation des résultats de l'enquête menée par la CNSA avec la mission IGAS-IGF pour la construction de l'OGD et des bases départementales 2010 s'est ainsi révélée difficile, de nombreuses DDASS remettant en cause a posteriori la validité des données transmises.

Observation de la mission : *La mission maintient ses préconisations qui visent à assurer une meilleure synthèse des données collectées par les services déconcentrés. La mission est consciente de l'ampleur du projet que la CNSA doit engager concernant son système d'information de suivi de la dépense. Elle maintient toutefois que des progrès significatifs peuvent être produits dès 2011 (notamment à travers la mise en place d'un cadre homogène de recueil des dépenses tarifées, de l'utilisation des crédits gagés et du montant des mesures nouvelles qui seront effectivement mises en œuvre en N+1 en se fondant sur les bases existantes dans les services déconcentrés).*

La mise en œuvre des préconisations du rapport sur la construction et la gestion de l'OGD à partir de la dépense réelle et des prévisions de réalisation de mesures nouvelles suppose en outre d'utiliser à plein le dispositif des enveloppes anticipées pour permettre aux ARS de disposer de véritables enveloppes d'autorisations d'engagement pour les places nouvelles et d'accepter des

fluctuations annuelles du taux d'évolution de l'ONDAM médico-social afin de couvrir les variations annuelles des besoins en crédits de paiement en fonction du rythme d'installation des places et de signature des conventions de médicalisation. Elle suppose également, comme le recommande le rapport, que l'articulation des responsabilités respectives du Secrétaire général des ministères sociaux, de la DGAS et de la CNSA dans le pilotage de la mission d'allocation de ressources des ARS aux établissements médico-sociaux soit précisée dans le sens indiqué par cette recommandation.

PO Laurent GRATIEUX
Directeur adjoint de la CNSA

Observations détaillées de la CNSA

§30 :

La citation est celle de l'article R. 314-161 du CASF, qui définit la section soins des seuls EHPAD, et non de l'ensemble des ESMS PA-PH. Comme la mission le constate au § 59, le périmètre des dépenses couvertes par l'assurance maladie pour les établissements pour personnes handicapées excède, pour des raisons historiques liées à la solvabilisation de ces structures, les seules prestations médicales et paramédicales.

Observation de la mission : *La mission maintient sa rédaction, les notes de bas de pages (N°17) contiennent les précisions nécessaires.*

§ 31 :

L'article L 314-3 mentionne une troisième recette possible pour la construction de l'OGD correspondant à tout ou partie du montant prévisionnel de l'excédent de la section I du budget de la CNSA. Cette possibilité a été utilisée pour la construction des OGD 2008 (200M€), 2009 (262M€) et 2010 (56M€).

Observation de la mission : *Dont acte. Cette utilisation des excédents pour abonder la construction de l'OGD est d'ailleurs évoquée par la mission dès le §30 puis au §110, et précisée plus loin au 2.1.3.*

§ 32 :

La part de CSA affectée à l'OGD est comprise entre 50% et 54%, et non 64% (article L 14-10-5-I du CASF)

Observation de la mission : *Dont acte. Il s'agit d'une erreur matérielle. La mission a corrigé le rapport.*

§ 34 :

Une autre particularité à signaler est que l'inscription des remboursements aux régimes d'assurance maladie des ressources versées par ceux-ci aux établissements médico-sociaux (ESMS) dans les comptes de la CNSA lui fait supporter le risque d'un dépassement de l'OGD, qui s'est déjà réalisé sur le secteur des établissements pour personnes handicapées. Si, comme l'indique la mission, la CNSA, du fait de la « sanctuarisation » des crédits destinés aux ESMS voulue par le législateur, conserve les excédents (réaffectés ensuite à l'aide à l'investissement et à la construction de l'OGD de l'année suivante) elle conserve également les déficits.

Observation de la mission : *La mission prend acte de cette observation qui va dans le sens de l'analyse du rapport.*

§ 41 :

L'absence de délégation claire de pouvoir d'instruction de la CNSA aux DDASS est effectivement en contradiction avec la quasi fonction « d'ordonnateur secondaire » du budget de la CNSA qu'elles exercent au travers de la tarification, en décidant des dépenses qui sont retracées dans les comptes de la caisse.

Observation de la mission : *Cette observation correspond à l'analyse de la mission.*

§ 42 :

La COG ayant été signée au nom de l'Etat par l'ensemble des ministres concernés, il n'est pas d'usage que les directeurs d'administration centrale placés sous leur autorité en soient également signataires (cf. pour un exemple récent la COG 2009-2013 Etat-CNAF, pour laquelle seuls les ministres sont signataires pour l'Etat).

Observation de la mission : *La mission prend acte de la précision formelle apportée par la CNSA, toutefois elle maintient, sur le fond, que la responsabilité de chef de tutelle de la DGAS doit être davantage explicitée.*

§ 43 :

La mission considère que l'Etat a délégué le pilotage budgétaire financier du fonctionnement des ESMS à la CNSA, du fait de son rôle dans la gestion de l'OGD. Cependant, il convient de rappeler que cette délégation n'est pas complète : la CNSA ne dispose pas de la compétence sur la définition réglementaire du dispositif tarifaire et de ses paramètres, ni sur le dispositif d'agrément des évolutions salariales du secteur. En conséquence, la CNSA n'a pas la maîtrise des déterminants des coûts et donc de leurs répercussions sur la dépense. A titre d'illustration, les accords salariaux agréés par la Commission nationale d'agrément ne font pas l'objet d'une agrégation nationale permettant à la CNSA d'évaluer leur impact budgétaire.

Observation de la mission : *Dont acte sur les aspects réglementaires du dispositif tarifaire, néanmoins la mission maintient son analyse sur le champ de responsabilités de la CNSA quant au pilotage budgétaire des crédits qui lui sont délégués dans le cadre de l'OGD. L'absence de maîtrise de la définition réglementaire du dispositif tarifaire et d'autres coûts définis nationalement (comme les évolutions salariales) n'exonère pas la CNSA du pilotage financier et du suivi fin des crédits de fonctionnement des ESMS dans le cadre réglementaire fixé par la tutelle.*

§ 44 :

Les caisses de sécurité sociale (CNAMTS, CNAF, CNAV) sont également des établissements publics nationaux à caractère administratif ; ce n'est donc pas la nature juridique qui distingue la CNSA des caisses « historiques » de sécurité sociale, mais plutôt sa gouvernance ainsi que l'absence de réseau propre soulignée par la mission.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 47 :

Les agents de droit privé de la CNSA peuvent être recrutés directement par celle-ci sous convention collective UCANSS ; ils ne viennent pas obligatoirement des organismes de sécurité sociale.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission a corrigé le rapport.*

[470] § 52 :

1. La création de la CNSA n'a pas modifié le rôle de la CNAMTS puisque la gestion de l'ONDAM médico-social incombait, avant la création de la CNSA, à l'Etat (DGAS, puis DGAS et DHOS à compter de l'exercice 2001) ; les caisses d'assurance maladie ont conservé leur mission d'avis sur les projets présentés en CROSMS et les budgets des ESMS et de payeur.
2. les outils développés par la CNAMTS ont essentiellement pour objet de permettre aux CPAM pivot de verser les financements de l'assurance maladie aux ESMS à partir des arrêtés pris par les DDASS (BREX) ou aux CRAM de formuler un avis sur les budgets (PRISMES) ; ils ne couvrent pas les mêmes besoins que les SI mis en place par la CNSA. Il aurait pu toutefois être envisagé que la CNSA construise des outils apportant des fonctionnalités et informations supplémentaires à partir des outils de la CNAMTS mais celle-ci ne l'a pas souhaité. Depuis 2007, la CNSA a choisi d'établir dans le cadre des notifications le rapprochement entre la dotation notifiée et le volume des versements assurance-maladie, afin d'inciter les DDASS à s'interroger sur les écarts constatés.

Observation de la mission : *La mission prend acte des observations faites qui ne sont pas contradictoires avec les éléments du rapport que la mission maintient.*

§ 57 :

Ce n'est qu'à partir de l'exercice 2008 que la fixation du niveau de l'ONDAM a précédé la fixation de l'OGD, l'ajustement étant réalisé par la contribution exceptionnelle des réserves de la CNSA ; auparavant, l'ONDAM était fixé à partir du niveau arbitré de l'OGD.

Observation de la mission : *Dont acte mais cette observation ne modifie pas l'analyse globale de la procédure de construction des agrégats budgétaires qui procède, en pratique, par nature d'un processus itératif entre l'ONDAM et l'OGD.*

§ 58 :

5) l'envoi vers le 15 décembre d'une note de préparation budgétaire cosignée par les ministres et le directeur de la CNSA était prévu dans la COG (chapitre I-1, 1°) mais ne s'est pas traduit dans les faits. Depuis 2008, et afin d'accélérer le calendrier de réalisation de la campagne tarifaire, la CNSA pré-notifie le 15 décembre les enveloppes de mesures nouvelles aux DDASS sur la base des arbitrages de l'OGD.

Observation de la mission : *La mission prend acte de cette précision et modifie le rapport en conséquence.*

7) le délai de 15 jours pour la publication par arrêté interministériel de l'ONDAM, de l'OGD et des objectifs de dépenses encadrées (article L. 314-3 du CASF) n'a jamais été respecté. L'arrêté 2009 est en date du 20 mars 2009 et a été publié le 28 mars.

Observation de la mission : *La mission prend acte de cette précision qu'elle avait elle-même constatée. Le § est modifié en conséquence afin de détailler ce point.*

8) La procédure d'allocation de ressources est effectuée en trois temps :

- 15/12 N : Répartition régionale des enveloppes de mesures nouvelles de création de places de l'année N+1 et des enveloppes anticipées N+2 et N+3 (et N+4 depuis le plan de relance 2009) complétée par une proposition de répartition départementale des enveloppes régionales de mesures nouvelles N+1 à partir de la programmation PRIAC N+1 remontée au 30/04 de l'année N ;
- itération au niveau des services déconcentrés et validation en CAR des propositions de répartitions départementales remontées à la CNSA pour le 30/01/N+1 ;
- 15/02 N+1: notification par la CNSA des enveloppes départementales et régionales limitatives de l'année N+1 intégrant l'ensemble des moyens nouveaux (reconduction, crédits de médicalisation, mesures de créations de places etc.) et notification des enveloppes anticipées N+2 et N+3.

8b) Les PRIAC sont actualisés par les services déconcentrés et adressés à la CNSA pour le 30/04 et non pour le 31/12.

8d) le plan de relance a été une opération exceptionnelle de l'exercice 2009, ce n'est donc pas un élément du calendrier habituel du PAI.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces précisions dont elle a tenu compte pour la rédaction du rapport définitif.*

§ 66 à 86 :

Le processus décrit correspond plutôt à la construction de l'OGD qu'à celle de l'ONDAM médico-social : les charges à financer en n+1 (reconduction, EAP, mesures nouvelles) sont des dépenses de l'OGD dont l'ONDAM constitue la principale source de financement. En pratique, la construction procède d'une itération entre la construction de l'OGD et celle de l'ONDAM médico-social, la progression de celui-ci étant largement contrainte par l'arbitrage sur celle de l'ONDAM général.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions sont cohérentes avec l'analyse et la rédaction de la mission.*

§ 66 :

Le taux de reconduction n'a pas donné lieu à un taux d'évolution forfaitisé de 2% inchangé depuis 2006. En effet, en 2006, le taux d'évolution s'est établi à 1,74% sur les PA et 1,80% sur les PH, et, en 2007, à 1,60% sur les PA et 1,85% sur les PH. Ce n'est qu'à partir de 2008 que le Gouvernement a opté pour l'affichage d'un taux de revalorisation de la masse salariale, fixé à 2% sur les 2 secteurs, incluant les revalorisations salariales quelles qu'elles soient (générales, GVT et catégorielles le cas échéant). L'effet prix a été retenu sur les 2 secteurs pour 2% en 2008 et 1,6% en 2009. En 2009, compte tenu des différences de structure entre les deux secteurs, le taux global de reconduction s'est ainsi élevé à 1,96% dans le secteur personnes âgées et 1,90% dans le secteur personnes handicapées.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission a modifié la rédaction du rapport.*

§ 69 :

Le nombre de places d'EHPAD avait déjà été porté à 7500 en 2008 pour tenir compte des priorités de financement locales exprimées au travers des PRIAC. La même cible avait été retenue pour la construction de l'OGD 2009, indépendamment du plan de relance. Ce dernier ne s'est traduit que par les volumes supplémentaires d'enveloppes anticipées cités par la mission IGAS-IGF.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission ne constate pas d'incohérence entre sa rédaction et les précisions apportées. La rédaction de ce § est donc maintenue.*

§ 71 :

Le chiffre de 350M€ correspond au total des mesures supplémentaires financées par l'OGD 2009, reconduction comprise. Sur ce montant, la part correspondant à la tranche annuelle de création de places du plan Handicap s'élève à 170M€

Observation de la mission : *La mission modifie la rédaction du § 71 qui comporte une erreur matérielle.*

§ 72 :

Les moyens du plan Alzheimer ne s'additionnent pas à ceux déjà prévus dans le cadre du PSGA mais, pour ce qui concerne les créations de places d'établissements et services (AJ/HT, médicalisation) ne font que les reprendre sans moyens budgétaires supplémentaires. En revanche, des crédits supplémentaires sont prévus dans l'OGD 2010 pour le financement du fonctionnement d'unités spécialisées en établissements (UHR et PASA) et d'équipes renforcées en SSIAD.

Observation de la mission : *Le paragraphe tel que rédigé par la mission n'indique pas que les moyens du plan Alzheimer s'additionnent à ceux du PSGA, elle souligne simplement que le volet médico-social du plan représente un montant de 1,2Mds€ financé essentiellement par l'OGD et géré par la CNSA. La mission maintient donc sa rédaction.*

§ 74 :

L'objectif d'un taux d'encadrement de 1 pour 1 en EHPAD n'était prévu par le PSGA que pour les personnes les plus dépendantes (GIR>800). Pour le reste des places, l'objectif du PSGA est d'un taux d'encadrement de 0,67 à son échéance en 2012 (toutes sections tarifaires confondues).

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces précisions et a modifié le rapport.*

§ 76 (encadré) :

Si l'utilisation des référentiels AGGIR et PATHOS en fait des instruments de pilotage pour les financeurs, il faut relever que la gouvernance actuelle de l'outil PATHOS ne relève que de la CNAMTS, sans que la CNSA n'y soit institutionnellement associée. Les ministres de la Santé et du Travail ont demandé récemment à la DGAS, la DSS, la DHOS, la CNSA et la CNAMTS de mettre en œuvre des modalités renouvelées de gouvernance de l'outil PATHOS.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces observations qui sont cohérentes avec l'analyse qu'elle a faite des relations entre la CNSA et la CNAMTS.*

§ 77 :

La réévaluation citée s'appuie toujours sur les référentiels de coût définis en 1999 avec l'enquête ERNEST. Contrairement par exemple à la T2A, il n'existe aujourd'hui aucune analyse en continu des coûts des EHPAD qui permettrait de fonder les évolutions des paramètres de tarification (coefficient multiplicateur du PMP, valeur du point par option tarifaire), en fonction notamment des évolutions et réévaluations d'AGGIR et PATHOS et des évolutions des coûts de fonctionnement réels des EHPAD, sur une base documentée.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 82 :

Si pour les difficultés exposées par la mission au §84, la tarification via PATHOS des AJ/HT n'est pas apparue possible, les forfaits journaliers appliqués sont ceux définis nationalement, la prévision budgétaire est donc fiable.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission qu'elle explicite aux §83 et 84, la rédaction est inchangée.*

§ 86 :

Les coûts réels de la « pathossification » ne seront connus qu'une fois que l'ensemble des établissements concernés auront fait l'objet de coupes validées. Il n'est pas possible de bâtir une prévision fiable avant la réalisation de ces coupes qui sont le seul outil permettant de connaître les besoins de soins de la population hébergée.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission maintient sa rédaction.*

§ 87 :

Le fait que la DSS et la DB partagent ce rôle de chef de file au titre du même ministère des comptes est un facteur de complexité pour l'élaboration de l'ONDAM.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 92 :

C'est l'enveloppe de dépenses encadrées, et non l'OGD, qui constitue l'agrégat d'autorisation de dépenses des établissements, en application de l'article L 314-3 du CASF. L'OGD constitue l'enveloppe de dépenses des régimes d'assurance maladie pour les ESMS ou encore de recettes d'assurance maladie des ESMS. Comme le souligne plus loin la mission IGAS-IGF, la non justification de l'écart OGD-DE est un des facteurs de mauvaise maîtrise de la dépense et génère un risque de surconsommation.

Observation de la mission : *La mission a explicité à de nombreuses reprises dans le rapport l'aspect réglementaire de cette distinction entre les agrégats « dépenses encadrées » et « OGD ». La mission prend acte de cette analyse partagée.*

§ 95 :

Pour la médicalisation des EHPAD dans le cadre de la nouvelle tarification au GMPS, la CNSA tient compte dans la construction budgétaire du nombre de places éligibles par région au regard des critères fixés par l'Etat (cf. observations sur §125). La prise en compte de l'ensemble de ces critères détermine un périmètre de financement de référence qui permet de calculer les enveloppes indicatives de médicalisation PATHOS notifiées le 15 février. Depuis 2008, la CNSA ne délègue plus les crédits correspondants en début de campagne mais en fin de campagne, sur la base des conventions de médicalisation effectivement signées et du nombre de places qui ont effectivement donné lieu à application des nouvelles modalités tarifaires, dont le suivi est réalisé à travers l'application SAISEHPAD (financement « sur facture »).

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 101 à 103 :

L'écart entre OGD et DE a été calculé et reconduit par la DSS et la DGAS, dans le cadre de l'arrêté interministériel prévu à l'article L. 314-3 du CASF. Il correspond en principe à des recettes annexes de tarification perçues directement par les établissements, mais qui ne font pas l'objet d'un suivi centralisé, et a donc été fixé sur des bases historiques comme l'indique la mission. Or l'écart fixé par les arrêtés interministériels successifs est vraisemblablement très surévalué :

- pour les EHPAD, les recettes annexes ne recouvrent que les tarifs soins facturés aux résidents non assurés sociaux et les produits des prestations non pris en compte dans les tarifs journaliers afférents aux soins, qui représentent un montant sans doute beaucoup plus faible que les 78M€ retenus dans les arrêtés ;

- pour les établissements pour personnes handicapées, les arrêtés interministériels n'ont pas tenu compte de modifications des nomenclatures comptables intervenues en 2007 et affectant les principales recettes annexes – les forfaits journaliers hospitaliers - qui auraient dû aboutir à une diminution quasi-totale de l'écart DE/OGD.

La fixation d'un montant excessif de dépenses encadrées s'est répercutée sur les dotations départementales (arrêtées par la CNSA par répartition de ce montant), seul plafond (exprimé en dépenses encadrées des établissements et non en recettes d'assurance maladie des mêmes établissements) que les services déconcentrés sont tenus de respecter (l'OGD n'est pas décliné par départements). Ce ne sont donc pas les services déconcentrés qui ont mal interprété cette distinction DE-OGD, mais l'administration centrale, en ne tirant pas les conséquences de modifications des règles comptables qu'elle avait elle-même introduites, comme la mission le souligne elle-même au § 106.

Observation de la mission : *Dont acte. Les premières observations et conclusions apportées par la CNSA sur la distinction OGD/DE sont identiques aux précisions données par la mission qui se réjouit de cette analyse désormais partagée. Par ailleurs, quelles que soient les difficultés de l'administration centrale, il n'en demeure pas moins qu'il appartenait à la CNSA dans le cadre de son dialogue de gestion avec les services déconcentrés de veiller à ce que ces derniers aient une compréhension précise de la distinction entre dépenses encadrées et OGD. Elle pouvait également, en sa qualité de pilote de la gestion de l'OGD, avoir un rôle d'alerte en la matière aussi bien auprès des services déconcentrés que de l'administration centrale.*

§ 106 :

Les arrêtés qui ont modifié à compter de l'exercice 2007 les nomenclatures comptables en faisant passer le FJH du groupe 1 de recettes (« produits de la tarification ») au groupe 2 (« autres produits relatifs à l'exploitation ») sont l'arrêté du 2 février 2007 pour la M22 applicable aux établissements publics et l'arrêté du 19 décembre 2006 pour celle des établissements privés.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission, ayant largement explicité les problèmes issus de la modification régulière de la réglementation relative aux FJH, n'a pas souhaité aller plus avant dans le détail de la réglementation sur ce sujet très spécifique. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 110 :

Le prélèvement sur les réserves affecté à la construction de l'OGD 2009 était de 262M€ et non de 322M€

Observation de la mission : *Dont acte. La mission prend acte du chiffre de 262M€ pour l'année 2009 correspondant au budget primitif de la CNSA; dans le tableau 8 du rapport, le montant des excédents utilisé pour la construction de l'OGD 2009 est chiffré à 322M€, ce chiffre a pour source le budget rectifié 2009 de la CNSA présenté au conseil d'administration du 31 mars 2009 (baisse des recettes de CSA). La rédaction est donc inchangée.*

§ 112 note de bas de page 40 :

Les chiffres cités correspondent bien au montant des crédits de places nouvelles conservés en réserve à l'échelon central. Mais ce ne sont pas ces crédits qui ont été gelés pour compenser la baisse des recettes de CSA constatée en 2009 par rapport aux prévisions ayant fondé la construction de l'OGD, mais d'autres crédits non répartis correspondant à des écarts d'ajustements des bases budgétaires.

Observation de la mission : *Dont acte. Bien que cette information lui ait été transmise par les services de la CNSA, la mission a corrigé le rapport dans le sens de ces nouvelles précisions.*

§ 122 :

Le taux de progression limité à 0,5% pour les EHPAD dépassant le plafond concerne le seul exercice 2009. La LFSS 2009 (article 43), et l'arrêté du 26 février 2009, prévoient une convergence vers le tarif plafond sur sept exercices, de 2010 à 2016, qui pourra pour certains EHPAD se traduire par une diminution de leur dotation.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission a intégré ces précisions dans le rapport.*

§ 125 :

Il convient de rappeler que le rythme d'entrée dans la tarification au GMPS a été fixé par la circulaire ministérielle du 6 avril 2007 :

Il s'agit en priorité des établissements :

- disposant d'un niveau moyen de dépendance élevée caractérisée par un Gir Moyen Pondéré (GMP) supérieur à 800
- renouvelant leur convention tripartite
- ayant fait le choix de l'option tarifaire globale.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ont été introduites dans le rapport définitif.*

§ 126 :

Il est important de rappeler que le champ médico-social est un secteur de compétences et donc de financement partagé avec les conseils généraux et qu'en conséquence, la réalisation effective du processus de pathossification dépend également très largement du positionnement des conseils généraux.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces éléments ont fait l'objet de précisions par la mission aux §381 et suivants.*

§ 132 :

La CNSA ne notifie pas les crédits « au travers de la procédure PRIAC ». D'une part, le PRIAC est un exercice de programmation pluriannuel, actualisé annuellement par les préfets de région, sur la base de l'analyse des besoins et des capacités de réalisation et opposable aux demandes d'autorisation ; d'autre part, s'agissant du processus d'allocation budgétaire, la CNSA fixe la répartition régionale des crédits dans un objectif d'équité territoriale, sur la base des principes définis par son conseil (art. L 14-10-3 du CASF) et propose une répartition départementale et thématique en tenant compte du PRIAC et des objectifs des plans gouvernementaux.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

De ce fait, le titre du 1.3.3.2 est inexact : si le PRIAC sert bien de guide à la répartition des enveloppes départementales, ce n'est pas « dans le cadre de la construction du PRIAC » qu'elle s'effectue.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission a modifié le rapport en conséquence.*

§ 133 :

Le calendrier de notification des enveloppes et celui de la programmation prévisionnelle du PRIAC correspondent à des exercices distincts. L'actualisation des PRIAC, si elle prend en compte la dotation de l'année pour la programmation des actions à mettre en œuvre l'année N, et partiellement pour les années N+1 et N+2 (il comporte à ce titre en annexe les dotations de l'année et le cas échéant les dotations allouées au titre des enveloppes anticipées), n'est pas tenue pour les deux dernières années N+3 et N+4 par le cadrage des enveloppes, ce qui permet une expression ascendante des besoins en établissements et services.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces précisions.*

§ 134 :

L'article du CASF relatif à la fixation des dotations régionales et départementales par la CNSA –et non pas par les ministres- est l'article L 314-3 et non L 314-4.

Observation de la mission : *La mission prend acte de cette erreur matérielle et modifie le rapport en conséquence.*

§ 138 :

Cf. § 58. La CNSA adresse le 15/12/N, les propositions de répartition des mesures nouvelles de création de places de N+1 et les enveloppes anticipées N+2 et N+3. Elle ne fixe donc pas au 15/12 les dotations régionales et départementales limitatives. Pour 2009, ces dernières ont été fixées comme les années précédentes le 15/02.

Observation de la mission : *La mission corrige le rapport.*

§ 140 :

La mission indique que le niveau des dotations départementales est relativement homogène d'une année sur l'autre : cela s'explique par le fait que la délibération du conseil de la CNSA sur les modalités de répartition institue, en sus des critères de répartition, un chemin de convergence destiné à étaler les ruptures de programmation d'une année sur l'autre. A noter que si les critères sont utilisés pour répartir les dotations régionales, les dotations départementales indicatives sont déterminées à partir du PRIAC.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 144 :

La CNSA assure depuis 2006 le financement de plans de modernisation et d'aide à l'investissement mais le cadre juridique de cette intervention a évolué : en 2006 et 2007, cette intervention s'effectuait dans le cadre de mesures législatives exceptionnelles votées en PLFSS, valables uniquement pour l'année en cours ; ce n'est qu'avec la LFSS pour 2008 que cette mission de soutien à l'investissement a été instituée de façon pérenne et codifiée à l'article L 14-10-9 du PLFSS. .

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces précisions qu'elle a par ailleurs explicité au §147.*

§ 145 :

Le financement de l'investissement via des crédits non reductibles existait antérieurement aux PAI, l'emploi de ces crédits relevant du pouvoir de tarification des Préfets de départements. Antérieurement au décret du 31/10/2007, ce financement s'effectuait par le biais d'une pratique comptable peu orthodoxe de dotation aux provisions pour travaux.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 146 :

L'impact des aides à l'investissement sur le « reste à charge » des résidents et de leur famille ne joue que pour les EHPAD où, du fait de la tarification ternaire, l'amortissement des investissements et les frais financiers pèsent sur la section hébergement, donc sur le reste à charge. Pour les établissements pour personnes handicapées, l'aide à l'investissement permet de réduire les surcoûts d'exploitation consécutifs à une opération immobilière pesant sur les prix de journée à la charge de l'assurance maladie.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces précisions et modifie le rapport en conséquence.*

§ 149 :

Les enveloppes du PAI ne sont pas notifiées en fin d'année N-1, mais après l'arrêté des comptes de l'année N qui permet le transfert des excédents de la section I destinés à financer le PAI de l'année, donc en avril-mai de l'année N. L'arrêté visé concerne le seul Plan d'aide à la modernisation de 2008 ; chaque tranche annuelle d'aide à l'investissement fait l'objet d'un arrêté interministériel spécifique qui en fixe le montant et les conditions d'exécution.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces précisions et modifie la rédaction en conséquence.*

§ 162 :

Le risque de double prise en charge des actes libéraux n'existe que pour les EHPAD en tarif global, où ils sont intégrés dans le forfait soins. Pour les EHPAD en tarif partiel, la facturation sur les soins de ville des actes libéraux est régulière.

Pour les EHPAD en tarif global, le risque vient de ce que l'obligation de transmission des listes de résidents (Article R.314-169 du CASF) n'est qu'imparfaitement respectée et que, lorsque c'est le cas, elles le sont sous format papier et ne sont pas intégrées au système d'information de l'assurance maladie, ce qui permettrait une détection automatique des risques de double prise en charge. Cette lacune est en voie de règlement (action « gestion du risque en EHPAD » pilotée par la DSS). Elle devrait aussi, au-delà de la détection de fraudes éventuelles, permettre de consolider le coût global pour l'assurance maladie d'un résident en EHPAD, ce qui n'est pas possible aujourd'hui.

Observation de la mission : *La mission ne faisait évidemment référence qu'aux EPHAD en tarif global (le tarif partiel permettant de fait la facturation sur les soins de ville des actes libéraux). La mission prend donc acte de ces précisions qui complètent utilement l'analyse développée et ajoute une note de bas de page pour éviter toute ambiguïté.*

§ 171 :

Ce choix est inhérent à la construction de départ, dès lors :

- que l'ONDAM médico-social demeurerait dans les comptes de l'assurance maladie et dans le périmètre de la LFSS;
- que l'on voulait afficher de façon synthétique la dépense nationale relative à la compensation de la perte d'autonomie, abondée par la nouvelle ressource de la CSA, et sanctuarisée dans les comptes de la CNSA.

L'alternative aurait été de « transformer » l'ONDAM médico-social en une recette équivalente de points de CSG, perçus directement par la CNSA, cette dernière remboursant l'assurance maladie des paiements effectués.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces précisions qui complètent utilement l'analyse développée sans la remettre en cause. La rédaction est inchangée.*

§ 174 :

La CNSA a engagé les démarches (mise en place d'une démarche de contrôle interne, changement de logiciel comptable...) pour être en mesure de faire certifier ses comptes 2010. La loi ne prévoyant pas à ce stade une certification obligatoirement par la Cour des Comptes, le choix entre cette formule –si la Cour en était d'accord– ou une certification par un commissaire aux comptes n'est pas à ce stade arrêté.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 192 :

Il faut rappeler que le mécanisme de gage sur la dotation départementale des autorisations de création de places (prévu par l'article L 313-4 du CASF) génère une sous consommation structurelle (réduite progressivement par la mise en place des enveloppes anticipées).

Du fait de ce mécanisme de gage, la dotation constitue à la fois une enveloppe d'autorisations d'engagements et de crédits de paiements, rendant la sous consommation structurelle à hauteur de cet écart (moins les CNR utilisés). Le passage à une logique de gestion en crédits de paiements proposé par la mission dans ses recommandations supposerait d'ailleurs de distinguer deux enveloppes d'AE et CP, en systématisant l'emploi des enveloppes anticipées. Faute de quoi la limitation de l'enveloppe au montant des CP correspondant au fonctionnement des places existantes ou installées dans l'année pourrait bloquer la délivrance des autorisations de places nouvelles à ouvrir au-delà de l'exercice, en particulier dans le contexte du passage à la nouvelle procédure d'autorisation après appel à projets qui suppose que les financeurs disposent d'une visibilité sur les financements disponibles au-delà de l'année en cours.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions dont la mission partage en partie l'analyse ne modifiant pas le constat établi, la rédaction du § est inchangée. La mission maintient à cet égard ses préconisations relatives à la nécessité de mettre en place :*

- *un meilleur suivi des dépenses effectives et des engagements pluriannuels pris par les services déconcentrés ;*
- *une procédure budgétaire de préparation de l'OGD des années 2011 et suivantes à partir des données par établissement remontées des échelons territoriaux pour éviter des gages de crédits croissants ;*
- *Et de prévoir, en contrepartie, de manière explicite dans la préparation de l'OGD une enveloppe de financement de CNR et de PAI permettant la poursuite d'actions de modernisation des ESMS.*

§ 192 et 193 :

Le constat de surconsommation sur le secteur PH a déclenché une enquête de la CNSA sur la campagne 2007 (PH) et sur la campagne 2008 (PA et PH notification 2009). La forme de cette enquête anticipe sur l'enquête IGAS/IGF (Cf. annexe 8 de la notification du 13 février 2009), et montre donc que la CNSA n'est pas restée passive devant ce constat de surconsommation, comme le rapport le laisse entendre.

Le qualificatif de « perte de maîtrise » n'est pas adapté. Comme le rapport des inspections générales le montre dans la suite du 2, le choix qui a été fait jusqu'en 2009, confirmé par les ministères de tutelle et notamment le ministère des comptes publics, a été de construire l'ONDAM-OGD en « autorisations d'engagements », et non en « crédits de paiements ». C'est ce choix qui explique structurellement la sous-consommation, mais cela ne traduit pas une « perte de maîtrise » qui supposerait que les règles fixées ne sont pas appliquées ou maîtrisées. Dans le cadre de la construction actuelle, la dépense effective est suivie, ainsi que les engagements pluriannuel pris par les DDASS dans le cadre des enveloppes anticipées.

Par ailleurs, l'imputation erronée de la dépense relative aux placements en Belgique des enfants handicapés (« IME belges »), mise en lumière par la CNSA à mi 2008 et que la mission relève au § 206, était suffisante par son ampleur (environ 55 M€) pour expliquer la surconsommation PH.

Observation de la mission : *La mission n'a pas eu pour intention de sous-entendre que la CNSA était restée passive face au phénomène de sur-consommation des crédits dans le secteur PH. Elle a d'ailleurs souligné que l'enquête lancée en juillet-septembre 2009 auprès des 100 DDASS avait bénéficié des premiers exercices de remontées d'informations demandées par la Caisse aux services déconcentrés sur ce sujet. Elle maintient cependant son analyse quant à la faiblesse du suivi de la consommation des crédits et à la perte de maîtrise de la dépense effectuée et des engagements pluri annuels pris par les DDASS.*

§199-a :

Contrairement à ce que la rédaction des inspections générales laisse entendre, la médicalisation n'impose pas le passage au tarif global. D'autres facteurs expliquent les retards de médicalisation constatés, en particulier les réticences à la partition des USLD et l'opération de « vérité des comptes » qu'elle implique.

Observation de la mission : *La mission n'indique aucunement que la médicalisation impose le passage en tarif global. La pratique observée par la mission sur le terrain montre que, de fait, le conventionnement et le passage au GMPS s'accompagne souvent du passage au tarif global. La mission maintient donc sa rédaction initiale.*

§ 199-d :

L'explication tirée des frais de transport n'est pas la seule, ni sans doute la principale, en tous cas elle n'est pas démontrée.

Il n'est pas exclu que les estimations de besoins qui ont fondé le PSGA aient été surévaluées dans certains cas. Pour les SSIAD, le régime de tarification « à la place », qui ne permet pas de tenir

compte de la lourdeur des situations prises en charge, est un facteur important de l'écart constaté. Pour les accueils de jour et hébergement temporaire, les obstacles liés à l'organisation de ces services, qui correspondent à un métier très différent de l'hébergement permanent, ont été sous-estimés. De façon générale, la faiblesse des systèmes d'information (public accueilli, prestations délivrées) et l'absence de définition et diffusion des bonnes pratiques est sans doute l'obstacle principal au développement de ces services.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces précisions qui ne sont pas en contradiction avec l'analyse présentée dans le rapport.*

§ 206 :

La plus forte utilisation des crédits non reconductibles dans le secteur des PH résulte surtout d'une plus grande souplesse : la quasi-totalité des dépenses de fonctionnement des établissements étant financées par l'assurance maladie, à la différence des EHPAD, la mobilisation des CNR est plus aisée (par exemple pour la formation ou le remplacement de tous les personnels, non contingenté à une partie correspondant à la section soins).

L'utilisation des CNR n'est pas en soi un facteur de surconsommation de l'enveloppe PH : si la DDASS respecte sa dotation, elle déterminera l'enveloppe de CNR disponible comme la différence entre la dotation et le montant des crédits reconductibles alloués. La surconsommation peut en revanche provenir des facteurs suivants :

- l'écart injustifié depuis 2007 entre DE et OGD ;
- le mécanisme du prix de journée (nombre de journées réalisées supérieur au prévisionnel)
- l'imputation de reprises de déficit en dépassement de la dotation

Observation de la mission : *La mission prend acte de ces précisions qui confirment et complètent utilement l'analyse présentée dans le rapport.*

§ 209 :

Comme relevé au § 206, le mécanisme même du prix de journée est aussi un facteur de surconsommation potentielle, si l'activité est supérieure à celle qui avait servi de dénominateur au calcul du prix de journée.

Observation de la mission : *Ces observations qui font état d'une pratique bien connue des services déconcentrés et de la mission complètent utilement l'analyse de la mission. Dont acte.*

§ 219 :

La décision de la CNSA de réajuster sur une base statistique une part de la dépense des SSIAD sur l'OGD PH provient de ce que le système comptable de l'assurance maladie n'est pas à ce jour en mesure de ventiler la dépense des SSIAD entre l'OGD PA et l'OGD PH.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 231 :

La dernière estimation, basée sur les données de facturation de l'assurance maladie (données à fin novembre), est plus proche de 360-380 M€ de sous-consommation pour le secteur PA. Cet écart, de l'ordre de 40 M€ avec la fourchette haute de l'estimation des inspections générales, montre que la capacité des DDASS à anticiper la dépense réelle –notamment par manque d'outils pour le faire– est encore insuffisante.

Observation de la mission : *Dont acte. Les nouvelles données présentées par la CNSA confirment néanmoins l'ampleur de la sous-consommation, au-delà même de la prévision effectuée par les services déconcentrés. Ces données confirment en outre la surévaluation des dépenses de médicalisation telle que la mission l'avait indiqué au §214. Toutefois, il convient d'attendre les données comptables définitives de l'exercice 2009 pour apprécier la qualité des prévisions réalisées par les DDASS.*

§ 243 :

La capacité des autorités de tarification à reprendre les excédents et à traiter les déficits est précisée et encadrée par les articles R 314-51 et suivants du CASF. L'affectation des excédents à la réduction des charges de l'exercice n'est qu'une des possibilités ouvertes. Il est également prévu que « le déficit est couvert en priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation (ce qui suppose qu'il existe), le surplus étant ajouté aux charges d'exploitation de l'exercice au cours duquel le déficit est constaté ou de l'exercice qui suit.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 245 :

Comme relevé en réponse aux § 101 à 103, on ne peut pas imputer aux DDASS une erreur d'utilisation de la marge fictive créée par l'écart DE-OGD, alors que le seul plafond de dépenses qu'elles ont à respecter –la dotation départementale- est exprimée en dépenses encadrées et que les instructions données par les administrations centrales, et encore par la circulaire DGAS-DSS du 4 mars 2009, les ont incitées à utiliser ces « marges de manœuvre » pour conclure des CPOM.

Observation de la mission : *La mission n'a jamais estimé ni écrit qu'il était du ressort des DDASS de régler la problématique engendrée par la distinction « Dépenses encadrées »/OGD. Il s'agit ici d'une mauvaise compréhension de l'analyse faite par la mission. En effet, la mission se borne à constater que les DDASS pour déterminer leur marge de crédits disponibles (soit les CNR) calculent la différence entre l'enveloppe qui leur est notifiée en dépenses encadrées (ce qui ne relève aucunement de leur responsabilité effectivement) et le montant des crédits tarifés pour le fonctionnement des ESMS. Ce calcul leur attribue de fait une marge fictive de crédits. La mission n'impute en aucun cas la responsabilité de la dépense de crédits fictifs aux DDASS qui travaillent sur les bases qui leur sont données. Il appartenait à l'administration centrale et à la CNSA dans le cadre de son dialogue de gestion avec les services déconcentrés de veiller à ce que ces derniers aient une compréhension précise de la distinction entre « dépenses encadrées » et OGD et ne dépendent pas au-delà des crédits OGD.*

§ 247 :

La dernière estimation, basée sur les données de facturation de l'assurance maladie à fin novembre, fait apparaître une prévision de surconsommation de 34 M€ de sur-consommation pour le secteur PH

Observation de la mission : *La mission prend acte du fait que la surconsommation est plus élevée que prévu et s'installe dans la durée comme l'indique la mission, démontrant une réelle perte de maîtrise de la gestion de l'OGD.*

§ 258 :

La rédaction du rapport donne l'impression que c'est la CNSA qui a choisi de déléguer une enveloppe exprimée en dépenses encadrées : or c'est la loi qui impose une fixation par la CNSA de dotations départementales exprimées en dépenses encadrées (art. L 314-3-II et III du CASF) : « Le montant annuel mentionné au dernier alinéa du I [ie : montant des dépenses encadrées] ainsi que le montant des dotations prévues au troisième alinéa de l'article L. 312-5-2 [ie : les enveloppes anticipées] sont répartis par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en dotations régionales limitatives ». La rédaction de cet article ne laisse pas la possibilité à la Caisse de ne pas répartir la totalité du montant annuel de dépenses encadrées.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission connaît parfaitement cette réglementation et n'en tire pas les mêmes conclusions. Cf. réponses faites aux observations relatives aux §101 à 103 et au §245.*

§ 259 :

Si aucune règle de gestion de l'OGD n'interdit aux DDASS d'utiliser la part de leur dotation départementale gagée par des autorisations ne prenant pas effet dans l'année, elles ne peuvent l'utiliser qu'à titre non reconductible puisque les crédits correspondant ne sont disponibles que tant que les places autorisées n'ont pas encore été installées. La pratique relevée par la mission

d'allouer ces crédits à titre pérenne est donc irrégulière et induit à terme un risque de dépassement des dotations. La CNSA le rappellera aux DDASS dans sa prochaine instruction budgétaire.

Observation de la mission : *Dont acte. L'analyse de la CNSA conforte l'observation de la mission relative à l'absence de contrôle sur l'emploi des crédits non reconductibles.*

§ 260 :

Cf. note en observation du § 243. L'article R. 314-51 du CASF n'a pas pour conséquence directe « d'exclure en principe » la reprise des déficits pour les EHPAD sous dotation globale soins. En outre, l'article R 314-106, auquel se réfère l'article R 314-162 qui définit la structure budgétaire des EHPAD, prévoit explicitement que la DGF intègre le résultat dans les conditions fixées à en l'article R 314-51. L'appréciation du tarificateur quant à la reprise des déficits résulte de ces mêmes dispositions réglementaires. Il est cependant vrai que la reprise de déficit est un phénomène de faible ampleur dans le secteur des établissements pour personnes âgées

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 261 :

Les observations de la mission tendent à assimiler à tort l'OGD à un budget de l'Etat. En fait, la construction de l'ONDAM et de l'OGD sur la base de prévisions macro-économiques ne diffère pas des méthodes de construction des autres sous-objectifs de l'ONDAM, même si les modalités de la dépense diffèrent de celles de l'ONDAM soins de ville ou hospitalier.

Observation de la mission : *La mission maintient sa rédaction.*

§ 267 :

Le seul SI dont la CNSA ait « hérité » était SAISEHPAD, tel qu'il avait été développé par la DHOS.

Observation de la mission : *La mission ne conteste pas cette observation qu'elle a elle-même explicitée aux § 269 et s.*

§ 268 :

La conception du rôle de la CNSA n'est pas autodéterminée, mais résulte comme il est logique pour un opérateur des priorités ministérielles, et en l'espèce de la priorité donnée à la réalisation des plans gouvernementaux. En matière de SI, les priorités de développement ont été largement débattues dans le comité stratégique animé par le secrétaire général des ministères sociaux, puis au sein du GMOAO associant les directions d'administration centrale concernées. Il est cependant important de souligner la nécessité pour la CNSA et la CNAMTS dans leurs missions respectives de rapprocher les informations produites autour de « l'unité établissement »

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 275 :

Le bilan des plans établi par la CNSA depuis 2006 lie la notion d'autorisation et d'installation à une enveloppe financière millésimée et, le cas échéant, thématique (exemple enveloppe autisme année 2007 ou enveloppe SESSAD année 2008).

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 277 :

Le travail de la FEGAPEI n'est pas encore consolidé et n'a donc pas fait l'objet de diffusion. La seule étude aujourd'hui achevée, mais peu conclusive -elle montre plutôt en creux la difficulté d'objectiver le besoin des personnes handicapées en vue d'une tarification-, est celle qui avait été réalisée dans le cadre des audits de modernisation par un cabinet de consultants.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 281 à 284 :

La CNSA est favorable à l'évolution de ses systèmes d'information préconisée par la mission en vue de collecter les informations de tarification à l'échelle de l'établissement, seule façon de recueillir des éléments fiables sur la consommation réelle, les pratiques d'attribution de CNR et de reprises de déficit et les marges fournies par les transformations ou fermetures de structures. Néanmoins, il faut souligner qu'une difficulté majeure consiste à collecter des informations précises et sûres sur les volumes et les dates prévisionnels d'installation de places autorisées, données qui ne sont pas réellement maîtrisées par les DDASS, alors que leur utilisation pour construire l'OGD N+1 exigerait de les faire remonter au plus tard en juillet N.

Observation de la mission : *La mission ne partage pas l'appréciation de la CNSA sur les capacités des DDASS à fournir des informations précises et fiables dès le mois de juillet pour la construction de l'OGD N+1, y compris sur les projets de créations de place ou de médicalisation arrivant à échéance en N+1.*

§ 285 :

La CNSA est invitée et participe régulièrement aux dialogues de gestion de l'administration centrale avec les DDASS, même s'il est vrai que la part consacrée au médico-social est généralement faible.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission maintient sa rédaction initiale élaborée sur la base de données recueillies au cours d'entretiens avec les services déconcentrés et la CNSA.*

§ 286 :

La lecture des maquettes successives qui servent de support aux échanges techniques et fonctionnels avec les services déconcentrés démontre une préoccupation de la CNSA en matière de capacité à faire, avec des indicateurs sur le niveau de dépenses (en flux) et la capacité à autoriser. Elle fait également apparaître que la CNSA travaille sur les données analytiques relatives aux taux d'équipement, de coût à la place et de dépenses médico-sociales au sens large (intégrant par exemple sur le champ PA les données AIS ou USLD par habitant).

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 288 :

Comme l'a montré l'enquête réalisée par la CNSA en 2008, les campagnes tarifaires se prolongent dans certains départements jusqu'en octobre ; les chiffres à fin juillet ne sont donc pas suffisamment consolidés pour considérer qu'ils donnent une vision exhaustive de la tarification de l'année en cours. De plus, il faut attirer l'attention de la mission sur l'absence de culture systématique de recoupement entre celui qui engage la dépense (DDASS) et celui qui liquide la dépense (réseau des caisses d'assurance-maladie). La CNSA, dans le cadre de ses notifications 2008 et 2009 a fourni aux DRASS-DDASS le niveau des versements de l'assurance maladie de l'année précédente pour les inciter à les comparer aux montants tarifés. Il est vrai que la communication d'un montant agrégé et non par établissements n'a pas rendu cette comparaison aisée et supposait un échange direct entre les services de l'Etat et ceux de l'assurance maladie pour réaliser une analyse pertinente.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission ne partage pas l'analyse développée par la CNSA sur l'impossibilité d'avoir une vision fiable des dépenses effectives à fin d'année à partir des données des services déconcentrés.*

§ 292 :

Cf. Note en observation sur les points 281 à 284. Si la CNSA rejoint la mission sur la nécessité de réaliser un outil de suivi de campagne au niveau de l'établissement, à destination des ARS et servant de support au dialogue de gestion, il ne faut pas surestimer la capacité des services à anticiper les dépenses (comme l'enquête réalisée cet été l'a démontré). Notamment pour les ouvertures de places nouvelles, les DDASS ne sont souvent pas en mesure d'anticiper les retards faute de contacts suffisants avec les porteurs de projets.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission ne partage pas totalement l'analyse développée par la CNSA sur la capacité des DDASS à fournir une prévision des dépenses. Elle rejoint cependant l'analyse de la CNSA sur les possibilités parfois limitées d'anticiper les retards d'ouverture des places nouvelles et d'accompagner sur la durée les porteurs de projets par des services qui n'en ont pas toujours les moyens humains.*

§ 300 :

La répartition actuelle entre le vote de l'ONDAM –la part assurance maladie- dans la LFSS, et une annexe informative pour ce qui est de l'OGD incluant les recettes propres de la journée de solidarité, résulte de l'équilibre voulu par le législateur à la création de la CNSA, et notamment de la composition et du rôle de son Conseil. Faire voter par le Parlement la totalité de l'OGD -outre qu'il faut modifier la loi organique-, c'est réduire le rôle du Conseil et remettre en cause la gouvernance particulière qui a présidé à la création de la CNSA. Ce n'est donc pas seulement une mesure de gestion, mais un choix politique. Par contre, il est possible sans bouleversement d'améliorer l'information du Parlement avec une annexe 8 plus lisible et plus détaillée.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission maintient son analyse et sa rédaction.*

§ 302 :

En matière de décision de soutien à l'investissement il convient de préciser que les décisions d'aide sont certes nationales mais se fondent à 100% sur les propositions des Préfets de régions pour autant qu'elles respectent le périmètre fixé par la loi. En conséquence, la centralisation de la décision d'aide ne freine en rien la capacité locale à programmer le soutien à l'investissement en mobilisant au mieux l'aide en capital et les crédits non reductibles (cf. observations sur §323-326).

Observation de la mission : *Dont acte. La mission ne partage pas cette analyse et maintient sa rédaction.*

§ 304 :

La mission n'indique pas si, au vu de ses constats de terrain, les modifications de périmètre dues à des restructurations ou fermetures représentent un élément significatif de fiabilisation des bases.

Observation de la mission : *La mission n'a pas chiffré les montants dégagés par les restructurations ou fermetures d'établissement mais elle a pu vérifier que les départements dans lesquels elle s'est rendue disposaient de ces éléments qui pourraient faire l'objet d'un suivi par la CNSA.*

§ 305 :

La délégation des crédits de médicalisation de deuxième génération s'effectue « sur facture » depuis 2008 et non 2009.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission corrige le rapport initial.*

§ 308 :

La question de la qualité et de l'efficacité des structures est particulièrement difficile à appréhender dans le cas des établissements pour personnes handicapées, dont la fonction n'est pas uniquement le soin, mais une prise en charge de la personne compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Il n'existe aujourd'hui aucun « indicateur de qualité » satisfaisant qui pourrait servir à mesurer l'efficacité de ces établissements. L'assimilation faite par la mission avec les CAPI des médecins généralistes n'est pas une référence opérante pour ces situations.

Observation de la mission : *Dont acte. Les observations de la CNSA ne sont pas en contradiction avec l'analyse de la mission qui maintient sa rédaction.*

§ 311 :

La CNSA rejoint la mission dans son constat du caractère perfectible des indicateurs utilisés pour répartir les mesures nouvelles. Ces critères, validés par son Conseil au cours de sa séance du 24 janvier 2006, comprennent des indicateurs de besoin, pour l'essentiel populationnels (complétés pour le secteur personnes handicapées, par le nombre de places en attente de financement pondéré à

20%), et des critères de réduction des inégalités interrégionales (taux d'équipement pour les deux secteurs et dépenses d'assurance maladie par habitant pour le secteur des personnes âgées).

Pour imparfaits qu'ils soient, ces indicateurs de répartition de moyens présentent le double avantage de la disponibilité et de la robustesse, dans un contexte de taux d'occupation élevé des établissements et services (source ES et EHPA). Ils devraient être complétés de critères d'expression des besoins plus fins mais non disponibles, ni en 2007 ni aujourd'hui. Les objectifs de l'enquête Handicap-santé, étaient ainsi d'obtenir des informations pour une meilleure répartition territoriale. Les travaux méthodologiques sur les extrapolations de cette enquête à cette fin sont à venir.

Par ailleurs, il n'existe aujourd'hui aucun système d'information permettant de mesurer les différences de besoins liées à l'état sanitaire ou au contexte social, qui permettrait une meilleure répartition. Le Conseil scientifique de la CNSA, sur la base de ce constat, a validé le principe d'une répartition sur la base des indicateurs précités tout en soutenant l'engagement de travaux de recherche et d'études sur la connaissance qualitative des besoins des personnes. A moyen terme il est attendu du Système d'Information Partagé mis en place entre la CNSA et les MDPH une connaissance des orientations en établissements et services pour personnes handicapées prononcées par les CDAPH et de leur effectivité.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ses précisions qui complètent utilement son analyse.*

§ 312 :

La réduction des écarts de taux d'équipement figure parmi les objectifs et indicateurs des PQE.

C'est bien parce que le seul critère des taux d'équipement n'est pas suffisant pour mesurer l'offre disponible que la CNSA a introduit les critères de l'euro par habitant, qui inclut les AIS des infirmiers libéraux et la dépense en USLD.

Comme c'est souvent le cas, aucun critère unique ne serait satisfaisant pour une telle répartition, il faut une approche plurifactorielle.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ses précisions qui complètent utilement son analyse.*

§ 314 :

Les articles L. 312-4 et L. 312-5 du CASF définissent en théorie le contenu des schémas départementaux sociaux et médico-sociaux, et précisent qu'ils doivent faire l'objet d'un schéma régional arrêté par le représentant de l'Etat pour les établissements et services relevant de sa compétence.

On peut regretter que cette construction législative n'ait donné lieu à aucune animation nationale pour sa mise en œuvre : de ce fait, les modalités d'élaboration des schémas départementaux -et ils n'existent pas partout- diffèrent largement d'un département à l'autre, ce qui rend leur synthèse régionale -voire nationale- impossible. En outre, leur annexe programmatique n'est que facultative.

Par contre, les PRIAC dans leurs dernières actualisations ont donné lieu à des concertations poussées, non seulement au niveau départemental comme le relève la mission (§ 374 et suivants) mais aussi dans certaines régions au niveau de la DRASS en y associant collectivement les conseils généraux de la région et les autres services de l'Etat. La vision d'une absence d'animation régionale par les DRASS doit donc être au moins plus nuancée.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ses précisions qui complètent utilement son analyse.*

§ 317 :

Si le niveau départemental n'est pas le mieux approprié dans tous les cas, il l'est souvent, ne serait-ce que parce que c'est à ce niveau que peut se gérer l'articulation programmatique avec les conseils généraux.

La notion de bassin de vie, qui n'est pas dans le système actuel toujours cohérente avec les territoires de santé des SROS, est une notion trop incertaine et variable dans sa définition pour servir aujourd'hui de trame pertinente (on peut espérer que les nouveaux territoires de santé définis par les ARS le permettront).

Comme le montrent les indicateurs PQE, les écarts interdépartementaux à l'intérieur d'une région sont plus importants que les écarts interrégionaux. Dès lors que la CNSA est chargée d'assurer

l'équité territoriale -ou du moins de la faire progresser- il est légitime de suivre la répartition des places nouvelles à un niveau plus fin que la région. Se baser sur la capacité à réaliser peut a contrario contribuer à accroître les inégalités territoriales, alors que les réponses à la perte d'autonomie doivent dans la majorité des situations s'organiser à proximité des lieux de vie.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ses précisions qui complètent utilement son analyse. Elle ne remet aucunement en cause le principe d'équité territoriale mais souligne la nécessité de prendre également en compte la capacité à réaliser pour éviter des délégations de crédits qui ne pourront être dépensés. La mission estime que le critère de l'équité territoriale ne peut être le seul critère de délégation des crédits et qu'il doit être repensé dans le cadre d'une pluralité de critères à affiner. Ainsi il est indispensable de doter les futures ARS d'outils de programmation plus efficaces permettant :*

- *l'analyse des besoins Comme cela a été indiqué, c'est actuellement un point faible de la procédure PRIAC. Des progrès peuvent être faits à partir des démarches menées dans plusieurs régions pour élaborer une analyse fine des besoins sur des territoires redéfinis pour être communs aux autres champs de compétences de l'ARS (santé publique, offre de soins, veille sanitaire, à partir de méthodes de «scoring », (articulant données épidémiologiques, celles concernant des déterminants de santé et des indices de précarité et indices sociaux économiques).*
- *une meilleure connaissance de l'offre.*

§ 320 :

Les enveloppes anticipées ont vocation à jouer ce rôle d'enveloppe d'autorisation d'engagements pour les places nouvelles. Toutefois, leur mise en œuvre n'a été que très progressive : ce n'est qu'à partir de 2010 que les places nouvelles financées dans les dotations départementales auront fait l'objet massivement de délégation préalable d'autorisations d'engagements via les enveloppes anticipées (84% des places sur l'OGD PA, 92% sur l'OGD PH). Par ailleurs le suivi des délais d'installation des places ainsi autorisées doit être fortement amélioré.

Observation de la mission : *La mission prend acte de ses précisions qui confortent son analyse.*

§ 323-326 :

La description faite de la procédure des PAI, et donc la qualification de « centralisation excessive », sont erronées.

Les enveloppes régionales de PAI sont réparties entre régions à partir des priorités fixées par le Conseil de la CNSA, en pratique sur le critère du taux d'équipement puisque la priorité est de permettre une modernisation de l'offre existante.

Sur la base de cette enveloppe, le Préfet de région détermine en CAR les projets d'aide à l'investissement qu'il souhaite retenir et la CNSA n'opère qu'un contrôle de conformité aux règles d'éligibilité fixées par les arrêtés PAI et de compatibilité avec les priorités définies par le Conseil. Le Préfet a donc toute latitude -et est encouragé- à ce que sa procédure s'articule avec celle des conseils généraux. Il n'y a donc pas de « séparation radicale entre le financement du fonctionnement et le soutien à l'investissement » et les instructions techniques de la CNSA, revisitées annuellement avec le comité de pilotage des PAI qui associe des représentants des services déconcentrés, sont parfaitement claires quant à cette nécessité d'une vision globale de l'établissement –y compris en tenant compte des moyens supplémentaires qui peuvent être apportés par les CNR.

La seule centralisation, inévitable parce que la CNSA en tant qu'établissement public ne peut pas déléguer son budget aux services extérieurs de l'Etat (sauf procédure complexe de fonds de concours), est celle des conventions signées avec les établissements bénéficiaires des aides à l'investissement.

La faible consommation (§326) s'explique principalement par le délai incontournable entre le bouclage d'un plan de financement -moment où intervient la décision de subvention-, le lancement effectif des travaux et leur achèvement. Les délais de décaissement constatés du PAI ne sont pas supérieurs à ceux d'opérations similaires, par exemple les aides de l'ANRU.

La CNSA a par ailleurs engagé une procédure de retrait des subventions accordées dans le cadre des PAI 2006 et 2007, là où il s'avère que les projets prévus ne seront pas réalisés.

Observation de la mission : *La mission prend acte des observations faites mais maintient son analyse quant aux effets de la centralisation de la procédure. Il n'y a pas de politique cohérente et globale d'investissement au niveau local. En outre, l'absence de contrôle, hors contrôle de conformité, sur les projets présentés a conduit à des comportements locaux visant à maximiser les allocations y compris pour des projets insuffisamment mûris.*

§ 333 :

Ce n'est pas la CNSA qui fixe le montant des EA et donc qui les aurait fractionnées, mais l'arrêté interministériel déterminant le montant de l'OGD. Les ministres signataires ont souhaité une montée en charge progressive de ce dispositif, du fait de son caractère innovant (contrairement à des AE du budget de l'Etat, les autorisations accordées dans le cadre des EA sont irrévocables et devront être financées à l'ouverture de l'établissement ou du service).

Observation de la mission : *Dont acte. Les observations de la CNSA ne sont pas en contradiction avec l'analyse de la mission qui maintient sa rédaction.*

§ 334 à 337 :

La généralisation indiquant que les services « ont continué à financer les projets par tranches et par exercice plutôt que de mobiliser l'ensemble des moyens sur un seul projet pour éviter le saupoudrage » est abusive et ne correspond pas à la réalité qui ressort des échanges techniques de la CNSA avec les services. Le cas d'espèce relevé par la mission est illustratif de mauvaises pratiques de segmentation des EA, qui ne sont pas ou plus la règle générale, et n'est donc pas représentatif.

S'il est exact que le mécanisme des EA a été mal compris par les services déconcentrés la première année, ce que traduit un faible taux d'autorisation et une répartition trop dispersée entre opérations, la CNSA a insisté depuis 2007, et à l'occasion de tous ses échanges techniques ou de ses instructions, sur la nécessité de concentrer les EA sur des opérations complètes, afin que l'autorisation donnée puisse se traduire par une réalisation effective du projet, et donc accélérer le rythme de consommation des enveloppes.

Le cycle des échanges techniques de 2009 montre que ces règles sont maintenant bien comprises et appliquées dans la majorité des régions, même s'il peut subsister des contre-exemples, ou des situations où les contraintes politiques locales ont conduit les services à une dispersion trop grande.

Observation de la mission : *Dont acte. Les observations de la CNSA complètent utilement l'analyse de la mission qui maintient sa rédaction.*

§ 338 :

Qualifier la gestion locale de « de plus en plus autonome » suppose de pouvoir mesurer le degré d'autonomie à deux repères temporels précis, notamment par rapport au suivi des dotations régionales réparties par les administrations de l'Etat en charge de ces sujets avant 2006, ce que la mission ne démontre pas.

La CNSA estime -et c'était bien inhérent à la décision de créer un opérateur national, ayant les moyens d'une interaction technique plus régulière avec les services déconcentrés- que l'animation nationale, et donc la cohérence de gestion, s'est au contraire améliorée depuis 2006.

En témoignent les outils mis en place, même s'ils doivent continuer à s'améliorer : PRIAC, échanges techniques, réunions nationales des acteurs, groupes de pilotages de processus, qui n'existaient pas avant la création de la CNSA et qui contribuent sinon à réduire l'autonomie des gestionnaires locaux -ce qui n'est pas obligatoirement le but- au moins à une meilleure cohérence dans la mise en œuvre des politiques.

Observation de la mission : *Les analyses de la mission portent sur la période 2006-2009 puisque c'est avec la création de la CNSA qu'apparaît la notion même d'excédents ou de sous-consommation de l'OGD. La mission a effectivement pu constater les efforts de la CNSA pour enrichir le dialogue avec les services déconcentrés par le biais d'enquêtes ou de retours sur les taux de consommation des crédits, d'autorisation et d'installation des places par département comme elle l'indique au §286. Elle maintient cependant son analyse sur l'autonomie croissante des services déconcentrés dans la gestion locale de l'OGD comme le démontrent le montant en augmentation sur la période étudiée des crédits non reconductibles ainsi que la faiblesse des informations remontées au niveau central sur la nature de leur emploi et leurs modalités de mise en œuvre. De même pour la reprise des déficits et des excédents qui obéit à des règles locales qui sont variables d'un département à l'autre.*

Il ne s'agit d'ailleurs pas de remettre en cause une certaine autonomie de gestion que la mission préconise de conserver (Cf. recommandation n°3) ou la gestion de proximité des ESMS qui apparaît indispensable compte tenu de la nature du secteur, mais l'absence de remontées au niveau central d'informations et de contrôle de ce dernier sur un montant de crédits de plus en plus important (les CNR représentent en 2009 600M€ sur lesquels aucun réel contrôle n'est effectué) ainsi que l'absence d'encadrement de cette autonomie de gestion.

§ 340 :

Même observation qu'au § 338. Qualifier l'organisation actuelle entre administration centrale, CNSA et CNAMTS comme étant à l'origine de la « perte de contrôle » du dispositif sous-entend qu'il était mieux contrôlé dans les phases antérieures d'organisation, ce que la mission ne démontre pas, et qui ne correspond pas à la réalité.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 342 :

Il est inexact que la CNSA se voit comme « un simple répartiteur d'enveloppe ». Les travaux conduits ces dernières années sur l'évaluation des besoins, la méthodologie des PRIAC, ou l'analyse du service rendu par les ESMS, qui ont fait l'objet de restitutions régulières à son Conseil et d'une large diffusion, démontrent que la CNSA se voit à la fois comme une caisse et une agence, conformément à la mission qui lui a été confiée.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 344 :

Chaque instruction, notification, courriel adressé par la CNSA identifie les référents par dossier. Les échanges téléphoniques et par messagerie sont journaliers avec les membres du réseau. La Direction ESMS accueille un nombre croissant de stagiaires IASS et IPASS pour favoriser les échanges professionnels et améliorer la compréhension des attentes réciproques. L'extranet de la CNSA est en cours d'évolution pour optimiser les échanges. Les constats de la mission expriment l'étendue des besoins d'assistance technique à la mise en œuvre des missions des services déconcentrés.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission maintient sa rédaction qui s'appuie sur les entretiens qu'elle a menés avec les différentes DDASS qu'elle a visités.*

§ 345 :

La CNSA partage le constat de la mission sur le caractère indispensable d'une animation nationale des tarificateurs locaux (hot line, réunions techniques, cycles de formations avec l'EHESP, interventions en région...) si l'on veut que la qualité générale progresse. Ses effectifs actuels ne lui permettent pas de répondre de façon satisfaisante à ce besoin. Il est souhaitable que la future COG prévoie les moyens d'y répondre, dans le nouveau contexte des ARS qui devrait faciliter une approche moins dispersée.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 350 :

Les deux tiers des UHR devraient être créés dans des USLD ; les 30 000 places ne se réaliseront donc pas uniquement en EHPAD

Observation de la mission : *Dont acte. La mission modifie le rapport en conséquence.*

§ 352 et 353 :

Outre les insuffisances de FINESS, sur lequel peu de moyens ont été investis ces dernières années, les difficultés constatées illustrent qu'on ne peut faire produire à un système d'information que les données qu'on a prévu ex ante d'y mettre.

En l'occurrence, l'approche par pathologie n'existait pas –ou très marginalement- dans FINESS, non plus que dans les SI de suivi de la réalisation des places nouvelles : il était donc inévitable que les données demandées par la mission de pilotage du plan Alzheimer soient difficiles à fournir.

De la même façon, il n'a jamais été prévu que la CNSA fournisse des données de suivi de la consommation effective des crédits sur une base aussi fine que la spécialisation d'une place pour une pathologie particulière, alors que la plupart des établissements et services s'adressent à toutes les situations de perte d'autonomie.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée.*

§ 363 :

La souplesse de gestion évoquée par la mission quant à la convergence ne résulte pas d'une directive de la CNSA, mais des termes mêmes de l'arrêté du 26 février 2009 pour l'application de la convergence en 2009.

Observation de la mission : *Dont acte. Ces précisions ne modifiant pas le constat établi par la mission, la rédaction est inchangée. La mission n'a évidemment pas voulu dire que la CNSA avait d'elle-même pris des décisions à caractère réglementaire, ses directives reprennent les arrêtés relatifs à la convergence tarifaire, arrêtés qu'elle cite dans ses lettres de notifications. Pratiquement, les services déconcentrés s'appuient en premier lieu sur ces lettres de notification de la CNSA, ce qui explique la rédaction retenue par la mission.*

§ 365 à 369 :

Cf. observation sur § 243 et 260 : les DDASS appliquent le CASF, qui leur reconnaît cette marge de manœuvre pour adapter leurs décisions aux réalités locales.

Toutefois, la CNSA partage le souci de la mission de préciser les règles d'imputation sur les dotations départementales des résultats repris. En effet, la réglementation ne prévoit pas que les reprises de déficits ou d'excédents ne sont pas prises en compte dans la gestion de l'OGD de l'année au cours de laquelle elles interviennent. Cela signifie effectivement que si une DDASS affecte un excédent en diminution des charges d'un établissement, elle « récupère » ainsi une marge de crédits réaffectables à un autre établissement. Toutefois, elle doit en même temps couvrir les charges supplémentaires générées par les établissements déficitaires, ce qui vient réduire cette marge : au total, la mission montre que reprises de déficits et d'excédents s'équilibrent, sans conséquence significative pour la gestion de l'OGD Il serait néanmoins nécessaire de clarifier par instruction ministérielle la question de l'imputation des reprises de résultats sur les dotations départementales (régionales à partir de 2010) de l'année au cours de laquelle elles interviennent, pour mettre fin aux divergences de pratiques locales.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission constate que son analyse est partagée.*

§ 373 :

Même observation qu'au § 292 : un SI même partagé restera tributaire de l'exactitude des données qui y figurent, donc de la qualité et des moyens des services qui les utilisent.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 391 :

Même observation qu'au § 259. La pratique relevée par la mission d'allouer des CNR à titre pérenne est irrégulière et induit à terme un risque de dépassement des dotations. La CNSA le rappellera aux DDASS dans sa prochaine instruction budgétaire.

Observation de la mission : *Même observation qu'au §259.*

§ 392 à 408 :

Il n'est pas exact de dire que la nature des CNR s'est transformée en aide à l'investissement en 2007. En effet, l'utilisation des CNR par les services déconcentrés pour soutenir l'investissement était une pratique largement préexistante à 2007.

L'article D 314-206 du CASF issu du décret du 31 octobre 2007 a surtout eu pour objectif de rationaliser la pratique qui consistait à allouer aux établissements d'importantes provisions pour travaux qui masquaient de réelles dépenses d'investissement en permettant de constituer des provisions pour renouvellement des immobilisations et amortissements dérogatoires. Cette évolution a permis aux établissements de lisser la reprise de provisions au rythme de l'amortissement des immobilisations alors que le traitement en provisions pour travaux imposait un amortissement sur un exercice, ce qui avait des conséquences non négligeables sur les fonds de roulements d'investissement et par la même sur la capacité d'autofinancement des établissements et services.

Mais, contrairement à ce que la mission laisse entendre, l'instruction CNSA de février 2009 (annexe 5) a précisé que le périmètre des dépenses pouvant être financées par l'assurance maladie ne permet pas d'utiliser cette possibilité dans les EHPAD et que, pour ces établissements, l'article D 314-205 du CASF permet d'utiliser les CNR pour la seule prise en charge des frais financiers des opérations d'investissement.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission maintient son analyse. L'augmentation croissante des CNR utilisés pour l'aide à l'investissement avec la plus grande autonomie au niveau local et la dernière directive de la CNSA - qui s'appuie sur la circulaire DGAS/DSS du 13 février 2009- indiquant que « les CNR peuvent être mobilisés sur des opérations d'investissement de grande ampleur... pour des opérations qui n'auraient pu être aidées dans le cadre du PAI... » démontrent le changement de nature des CNR..*

§ 415 :

L'expérimentation de la procédure d'appels à projets qu'a conduit la CNSA en 2009 dans le cadre du projet ARS associe trois régions : Bourgogne, Centre et Pays-de-la-Loire. Elle doit déboucher en janvier 2010 sur la production d'un « guide pratique » de l'appel à projets, qui lui-même servira de base au décret que la DGAS doit élaborer avant la mise en place effective des ARS.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 416-417 recommandation 1 :

La CNSA s'est engagée dans cette voie dès la campagne 2010 puisque l'OGD a été construit en intégrant les premiers résultats de l'enquête menée dans le cadre de la mission IGAS-IGF. Cette méthode, qui va de pair avec la dissociation de la gestion des AE et des CP pour les places nouvelles suppose toutefois de développer un système d'information plus fin, à l'échelle de l'établissement.

A cette fin, la CNSA a demandé, et obtenu pour partie les moyens humains pour concevoir avec les ARS, développer et déployer un nouveau SI de gestion de la tarification et de suivi des campagnes.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 418 recommandation 2 :

La description faite de la mécanique budgétaire est inexacte : l'ensemble des ressources de l'ONDAM et de l'OGD (CSA et apports des réserves) sont confondues dans les moyens de la section I de son budget, et il n'y a pas d'imputation particulière du résultat sur l'ONDAM plutôt que sur l'OGD. On ne peut donc pas dire qu'il y a « attribution de 100% des excédents constatés au produit de la CSA ».

Par contre il est exact que les principes fondateurs de la CNSA prévoient une sanctuarisation des crédits, ONDAM et CSA, au sein de son budget. Le partage des excédents, de même qu'une couverture systématique d'un éventuel déficit par l'assurance maladie, constituerait donc un changement de paradigme. Il est vraisemblable, comme l'ont montré les débats du Conseil sur le budget 2010, que ce changement de règle ne serait pas considéré comme purement technique, notamment par les membres du Conseil autres que l'Etat.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission maintient sa recommandation.*

§ 419-420 recommandation 3 :

La seule modification du L. 14-10-8, qui traite des reports à nouveau et des produits de placement, ne serait pas suffisante à la mise en œuvre de la recommandation n° 3, il faudrait aussi revoir à minima l'article L. 14-10-9 et sans doute préciser l'article L. 14-10-5 de même que le périmètre de l'ONDAM et de l'OGD qui ne couvrent aujourd'hui que des dépenses de fonctionnement des établissements. Le financement direct d'aides en capital est ainsi exclu dans l'ONDAM ; le financement par l'ONDAM des conséquences des investissements immobiliers sur le budget des établissements (amortissement, frais financiers) est en revanche possible, sauf pour les EHPAD pour lesquels seuls le financement des frais financiers est permis dans les conditions fixées par l'article D 314-205 du CASF.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 421-424 recommandation 4 :

Enrichir les PQE d'indicateurs de qualité suppose que ceux-ci soient définis au préalable, ce qui relève des travaux de l'ANESM. Pour les EHPAD comme pour tous les ESMS, la notion de qualité est plus complexe à aborder, notamment en termes d'indicateurs, que pour un geste technique de soins.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 425-429 recommandation 5 :

Supprimer l'agrégat de dépenses encadrées exige une modification de l'article L. 314-3 du CASF. Cela exigerait aussi d'inverser la procédure budgétaire en partant de la fixation des recettes des établissements [ie : les dépenses d'assurance maladie] par l'autorité de tarification, sur la base de paramètres à définir, en leur laissant la responsabilité de leurs dépenses.

Cela serait possible à partir de 2010 pour les EHPAD qui vont passer en application de l'article L 314-2 du CASF issu de la LFSS 2009 dans une tarification « à la ressource » principalement fondée sur le GMPS. Mais les SSIAD restant en 2010 dans une tarification à la dépense, cela aurait supposé de dédoubler l'OGD PA.

Mais la recommandation de la mission n'est pas applicable dans le secteur des PH qui reste soumis à une tarification à la dépense sans que l'on dispose des instruments pour passer à une tarification à la ressource en raison de l'hétérogénéité des structures et des modes de prise en charge. De plus, une part importante du secteur est encore dans un régime de prix de journée dans lequel la recette d'assurance maladie de l'établissement dépend à la fois de son activité et de ses dépenses (assiette du calcul du PJ) et ne peut donc pas être préfixée.

En revanche, il est indispensable que les arrêtés interministériels fixant l'objectif de dépenses encadrées et l'OGD ramènent l'écart entre les deux agrégats à son niveau réel ce qui aura le même effet que la recommandation de la mission.

Sur le § 429, La notification des enveloppes se fait déjà depuis 2009 à titre indicatif au 15 décembre N-1 sur la base du budget approuvé par le Conseil, puis de façon définitive le 15 février afin de permettre aux services d'engager dès le début de l'année leur campagne tarifaire. Le respect de ce délai suppose aussi que les opérations de fongibilité avec l'enveloppe sanitaire se fassent dès le début de l'année, ce qui ne relève pas de la seule CNSA, et qu'il n'y ait pas de retards trop importants à la parution de l'arrêté interministériel.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 430-433 recommandation 6 :

Il est douteux que dans la phase de constitution des ARS les DDASS, déjà fragiles pour un bon nombre d'entre elles comme la mission l'a constaté (§377), soient en mesure de réaliser la revue de projets que préconise la mission, qui n'a d'intérêt que si elle est exhaustive. Pour servir de base pérenne à la prévision budgétaire, une telle enquête ne peut de plus pas être ponctuelle, mais doit devenir un circuit d'échange régulier et fiabilisé entre les porteurs de projets et les DDASS (ARS), ce qui suppose une étude d'organisation préalable. Dans l'attente de ce système d'information, l'application SELIA développée par la CNSA permettra de connaître les dates prévisionnelles d'ouverture des places autorisées.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 434 recommandation 7 :

De son expérience du dialogue avec les DDASS, la CNSA n'est pas convaincue de la « grande homogénéité » des outils de gestion de la campagne tarifaire mis en œuvre par les DDASS. La difficulté d'obtenir des remontées homogènes et fiables dans le cadre de l'enquête conduite à l'été 2009 à la demande des inspections générales en témoigne. De même, le dialogue journalier avec les services déconcentrés, suite à la transmission par la CNSA des bases départementales retraitées pour prendre en compte les arbitrages sur l'OGD 2010, démontre que le suivi des actes tarifaires est pour le moins hétérogène.

En tout état de cause, une base excel, si elle peut servir de support localement à la conduite de la campagne tarifaire, ne peut techniquement être, par agglomération, la base d'un système d'information national qui puisse servir au dialogue de gestion et à la construction de l'OGD.

Le développement d'un SI tel que préconisé, dont la CNSA est convaincue de la nécessité dans le nouveau cadre de gestion des crédits, est obligatoirement une opération longue qui ne peut faire l'impasse sur les phases d'analyse des besoins, d'étude d'organisation, de conception de l'outil, de test et de formation des utilisateurs avant son déploiement. C'est un chantier qui ne peut aboutir, au mieux, avant la construction de l'OGD 2012, si les moyens humains nécessaires sont mobilisés aux niveaux local et national. Dans l'attente de cet outil, la CNSA réalisera pour la construction de l'OGD 2011 une actualisation de l'enquête menée avec la mission.

Observation de la mission : *La mission ne partage pas l'analyse de la CNSA sur la non fiabilité des prévisions que peuvent élaborer les DDASS dans des délais assez rapprochés. Une consolidation et un travail partagé avec les DDASS sur les données à remonter permettraient de fiabiliser encore davantage les données locales. La mission se félicite par ailleurs que la CNSA partage sa proposition de mise en place d'un SI partagé regroupant les données par établissement et centralisé au niveau de la CNSA.*

§ 435 recommandation 8 :

La CNSA est favorable à cette recommandation dans la mesure où les données transmises par la CNAMTS sont fiables à l'échelle régionale et départementale (problème du suivi des dépenses tous régimes des établissements PH à prix de journée).

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 436 recommandation 9 :

Cf. note sur le § 174.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 438-444 recommandation 10 :

La proposition de la mission de donner à la CNSA un pouvoir d'instruction directe aux ARS méconnaît l'article L. 1433-1 du code de la Santé publique, tel qu'introduit par la loi HPST du 21 juillet 2009, qui prévoit explicitement que le conseil national de pilotage des ARS « valide toutes les instructions qui leur sont données ».

Observation de la mission : *Il conviendra effectivement de réfléchir plus précisément aux modalités à mettre en place. L'esprit de cette recommandation est cependant de mieux articuler les responsabilités respectives des uns et des autres et de positionner clairement la CNSA comme tête de réseau en capacité d'avoir un dialogue de gestion resserré avec chaque ARS pour ce qui est de la gestion de l'OGD et de son pilotage financier et budgétaire.*

§ 445-447 recommandation 11 :

La CNSA ne peut pas être chargée de l'intégralité du dialogue de gestion avec les ARS sur la mise en œuvre du plan Alzheimer ou du plan Handicap, dont une partie des mesures (la grande majorité pour Alzheimer) relève d'autres administrations.

Observation de la mission : *La mission n'indique pas que la CNSA doit être le seul interlocuteur des ARS sur la mise en place du Plan Alzheimer mais, que pour la partie de ce plan dont elle est comptable comme pour les autres plans de politique publique, elle doit mettre en place un véritable dialogue de gestion resserré avec les ARS.*

§ 448-452 recommandation 12 :

Comme le confirment les remontées récentes de projets d'organisation de la part des DG préfigurateurs des ARS, une organisation uniforme des ARS n'est pas possible du fait de la diversité des territoires qu'elles couvrent. Une région à deux départements peut faire des choix de centralisation régionale différents de ceux d'une région à huit départements ; de même pour une région avec des départements homogènes comme l'Ile de France, a contrario d'une région comme Midi Pyrénées avec un seul département important et les autres ruraux.

Néanmoins, il paraît nécessaire qu'au-delà de la planification programmation, l'échelon régional puisse assurer une fonction de pilotage et d'appui technique sur les activités de régulation et de tarification qui seront exercées au niveau départemental. Il sera en effet plus facile de disposer à cet échelon de l'ensemble des compétences techniques (notamment celles en provenance des CRAM et DRSM) nécessaires pour faire face à la gestion plus complexe des campagnes médico-sociales (tarification à la ressource, intégration des médicaments dans les budgets soins et convergence tarifaire des EHPAD, réforme tarifaire des SSIAD, développement d'analyses comparatives coûts/activité sur les établissements PH, dissociation de la gestion des autorisations d'engagements et des crédits de paiement).

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 453-458 recommandation 13 :

Il convient au préalable de rappeler que dans le cadre de l'organisation administrative actuelle, la déconcentration des crédits PAI n'était juridiquement pas possible puisqu'un établissement public ne peut pas subdéléguer une part de ses ressources propres à l'Etat (réseau services déconcentrés). Par ailleurs, l'analyse des compétences disponibles au sein du réseau a conduit à proposer la centralisation de la gestion des crédits d'investissement au niveau de la CNSA, afin de laisser au niveau local la pleine capacité de diagnostic, programmation et coordination avec les autres acteurs locaux de l'Etat (DDE pour les PLS notamment), des collectivités locales (CG) et de la protection sociale (CRAM dans leur versant assurance maladie et vieillesse le cas échéant).

Néanmoins, après la conduite de quatre plans successifs et avec la perspective d'une organisation institutionnelle rénovée (mise en place des ARS avec un statut d'EPA), un bilan du processus actuel est prévu et la perspective d'une nouvelle organisation sera étudiée au cours de l'année 2010. Elle s'appuiera sur le bilan avantages /inconvénients d'une gestion plus déconcentrée des crédits PAI et en tout état de cause devra garantir l'emploi efficace de l'aide à l'investissement comme levier important de la transformation et de la modernisation du secteur.

Cela suppose une analyse juridique précise :

- des conditions possibles de subdélégation de crédits d'un établissement public à un autre établissement public ;
- des possibilités de subdélégation de crédits qui ne sont pas actuellement une ressource affectée à l'investissement mais le résultat d'une décision d'affectation d'excédent issue de la section I du budget de la CNSA au soutien à l'investissement (section V). Au-delà, dans

la ligne de la reconnaissance juridique de cette mission pérenne de la CNSA, doit également être posée la question de la création d'une recette spécifique affectée à l'investissement

- des garanties juridiques pour la CNSA sur l'affectation et l'utilisation conforme des crédits délégués aux ARS et la définition précise des responsabilités de celles-ci dans le respect des critères juridiques d'éligibilité et des priorités opérationnelles du PAI.

Sous réserve d'une organisation régionale renforcée sur ce domaine au sein des ARS, la déconcentration des crédits PAI, pour être efficiente, devra faire l'objet d'un accompagnement méthodologique et d'un appui technique national sur la qualité et le coût de l'investissement médico-social en émergence au sein de la CNSA, en lien avec l'ANAP et la DGAS.

Observation de la mission : *Dont acte. La mission partage l'analyse de la CNSA et porte un grand intérêt aux réflexions en cours sur ce sujet.*

§ 462-466 recommandation 15 :

Les chiffres cités par la mission comme ceux engagés par les départements pour la dépendance ne concernent que les personnes âgées. Il faut y ajouter leur participation à la prise en charge des personnes handicapées : 4,25 milliards en 2008 (PCH, ACTP, financement des foyers d'hébergement...), compensés partiellement pour la PCH par le concours CNSA d'environ 550 millions d'euros.

Sur le § 463-1, comme déjà indiqué, le diagnostic d'une insuffisance de communication entre le préfet de région et les conseils généraux ne peut pas être généralisé. Le suivi du processus PRIAC démontre une évolution vers une meilleure concertation.

Observation de la mission : *Dont acte.*

§ 467-469 recommandation 16 :

Il conviendrait également de faire évoluer la nomenclature des dépenses d'assurance maladie pour mieux suivre les dépenses des nouvelles catégories de structures (ex distinction SSIAD PA/ SSIAD PH).

FINESS étant un répertoire transversal aux secteurs sanitaire et médico-social, il est également nécessaire d'associer le Secrétaire général des ministères sociaux, la DREES et la DHOS à son amélioration.

Observation de la mission : *Dont acte.*

