

**CONCOURS OUVERT LES 17, 18, 19 ET 20 JUIN 2025
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES-DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES,
SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

4^{ème} EPREUVE D'AMISSIBILITE

(Durée 4 heures – Coef. 4 si Majeure, Coef. 2 si Mineure)

Vendredi 20 juin 2025

Composition

SANTE PUBLIQUE

**CONCOURS EXTERNE et EXTERNE SPECIAL
dit « TALENTS »**

4ème épreuve
SANTE PUBLIQUE
CONCOURS EXTERNE
et CONCOURS EXTERNE SPECIAL DIT « TALENTS »

SUJET (15 pages) :

Financement du risque autonomie : la cinquième branche de la sécurité sociale, est-elle une brindille ?

Liste des documents (extraits) :

Document 1 (pages 2 à 5) :

**Fonder la branche Autonomie Horizon 2030
COG 2022-2026 de la CNSA**

Document 2 (pages 6 à 12) :

**La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement.
rapport Laurent VACHEY**

Document 3 (pages 13 à 15) :

**La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD,
rapport de la Cour des Comptes – février 2022**

Preamble

Fonder la branche Autonomie Horizon 2030

Créée en 2004 pour gérer les nouvelles sources de financement de l'autonomie instaurées peu après la canicule de l'été 2003, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est un établissement public national chargé de contribuer au financement et au pilotage de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Au cours des plus de quinze années écoulées depuis sa création, la CNSA a ainsi connu un élargissement continu de ses missions et apparaît aujourd'hui comme un acteur central de la politique de l'autonomie, reconnu pour le rôle majeur de son conseil, lieu d'échange et de débat avec des représentants de l'ensemble des parties prenantes du soutien à l'autonomie.

La création par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie d'une cinquième branche de sécurité sociale consacrée à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap marque une nouvelle étape et le passage à une autre échelle d'intervention pour la CNSA, qui devient la caisse nationale de la nouvelle branche.

La présente COG marque la volonté de l'État de doter la CNSA de moyens humains et financiers permettant de rendre effectives pour les années 2022-2026 les ambitions d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale suivant les orientations du législateur en matière de politique de l'autonomie et le cadrage général des acteurs ministériels.

La branche Autonomie : une évolution majeure de notre système de protection sociale

La loi du 7 août 2020 dans son article 5 dispose que « La Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la sécurité sociale. La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. »

Les orientations issues des travaux prospectifs du Conseil de la CNSA¹ ainsi que les différentes contributions préparatoires à l'élaboration de la COG ont permis de définir les fondations d'une nouvelle branche au sein de la Sécurité sociale, par son ambition, sa gouvernance et par la spécificité du risque qu'elle porte.

Les orientations de la branche Autonomie visent à promouvoir la **solidarité et l'exercice d'une pleine citoyenneté en favorisant notamment la représentation et la participation de la personne, quels que soient son âge ou sa situation de handicap, en prenant en compte ses aspirations, son libre choix et sa capacité d'autodétermination, en soutenant l'égalité des chances et la lutte contre les discriminations, notamment l'âgisme, et en mobilisant l'ensemble des moyens nécessaires à l'exercice de ses droits.**

Les politiques de l'autonomie, en prenant appui sur les principes de la convergence d'approche entre les publics concernés, visent à apporter un soutien à l'autonomie, notamment par la compensation et l'appui au renforcement de la capacité d'autodétermination des personnes. Au cœur de son action, l'« aller vers », l'accessibilité universelle et la lutte contre l'isolement sont les garanties d'un plein accès aux droits.

Une telle politique de l'autonomie doit être articulée avec les autres politiques publiques et s'appuyer sur les dispositifs de droit commun, auxquels elle ne peut se substituer, notamment en matière d'éducation, d'emploi, de ressources des personnes, d'accessibilité et de conception universelle des lieux publics, des transports et des logements, de santé. La culture ou le sport constituent également des leviers efficaces pour l'inclusion des personnes dans la cité et pour la prévention et le maintien de leur autonomie.

La branche Autonomie porte en elle une articulation singulière entre une caisse nationale, la CNSA, et des acteurs institutionnels dans les territoires chargés des politiques d'autonomie : les départements, les ARS et les MDPH. Elle s'appuie également sur un réseau d'acteurs (associations, organismes gestionnaires, services de l'État et des collectivités locales...) qui concourt à la mise en œuvre de la réponse aux besoins des personnes. Ensemble, ils garantissent un objectif **d'équité et de portabilité des droits sur tous les territoires de la Nation, pour tous, personnes âgées et personnes en situation de handicap.**

¹ Pour une société inclusive, ouverte à tous (2018) ; Chez-soi : l'approche domiciliaire (2019) ; Quel financement pour les politiques de l'autonomie ? Vers la 5^e branche de protection sociale (2020) ; L'avis et ses recommandations pour le financement des politiques de soutien à l'autonomie à l'horizon 2030 (2021).

L'enjeu de la branche est enfin de promouvoir **l'approche domiciliaire** dans la conception et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie. L'approche domiciliaire procède de la mise en œuvre de modes d'accompagnement respectueux des personnes concernées, quel que soit l'endroit où elles résident, quels que soient leur âge, leur situation de handicap ou de santé, par l'adaptation des moyens permettant de répondre à leurs besoins et à leurs aspirations, grâce à des « services domiciliaires » repensés et soutenus, à domicile, dans des formes innovantes d'habitat comme en « établissements domiciliaires ». Cette approche contribue à faciliter le parcours de vie des personnes et participe pleinement du développement d'une société inclusive. Celle-ci implique une adaptation de la société à la situation de chacune et de chacun et non plus seulement un effort individuel pour s'adapter aux normes sociales. Il s'agit de faire émerger une société à la fois protectrice et émancipatrice, en pensant d'emblée l'ensemble de la diversité des situations.

La trajectoire de moyens et de ressources inscrite dans la présente COG constitue une nouvelle étape pour répondre aux cinq grands enjeux de la branche Autonomie que sont :

- **La prise en compte de « l'effet de la longévité »**, c'est-à-dire de l'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans d'ici à 2030 ;
- **L'amélioration du système existant à travers une meilleure connaissance des publics et des besoins**, c'est-à-dire l'extension des réponses aux besoins et l'étude des moyens pour y faire face ;
- **L'évolution du modèle** et la structuration de l'offre dans le sens de « l'approche domiciliaire » ;
- **La mobilisation et la coordination des différentes branches de Sécurité sociale, des politiques publiques de protection sociale et des politiques territoriales**, ainsi que les enjeux de la transition énergétique ;
- **Le renforcement de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social et médico-social.**

La pérennisation des ressources de la branche, qui seront renforcées conformément aux dispositions de la loi organique du 7 août 2020 par le transfert de 0,15 point de CSG en 2024, est un enjeu majeur pour garantir son ambition. Le Conseil de la CNSA sera particulièrement vigilant, dans le cadre de la COG, aux moyens nouveaux à mettre en œuvre au regard des besoins identifiés, et il sera impliqué à la fois dans l'atteinte des objectifs d'efficience² de la branche et dans l'effectivité des orientations guidant l'adaptation de notre modèle de protection sociale et sa transformation.

« Fonder la branche Autonomie » : une nouvelle étape pour répondre aux enjeux à l'horizon 2030

La création de la branche se situe dans un contexte de profonde évolution des risques qui structurent notre système de protection sociale :

- Les décennies à venir devraient ainsi être marquées par une nette augmentation de la population âgée. Son aspiration à vivre de manière autonome et en pleine citoyenneté ou encore à choisir sa manière de vieillir appelle un haut niveau d'accompagnement. En 2015, 1,3 million de personnes de plus de 60 ans étaient bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), et ce chiffre pourrait d'après les projections de la DREES atteindre 1,6 million en 2030 et 2 millions en 2050 ;
- Les personnes en situation de handicap quant à elles doivent, dans l'ambition d'une société inclusive, voir pris en compte leurs aspirations, leurs choix et leurs besoins, à partir d'une évaluation des moyens d'accompagnement que cela suppose. La branche devra être en mesure, notamment par l'évolution de ses systèmes d'information, de satisfaire à un haut niveau de connaissance des besoins, des réponses, du non recours ou encore des disparités territoriales.

La réponse aux besoins et aux attentes des personnes à l'horizon 2030 suppose de préparer dès maintenant, dans le cadre de la présente COG, les éléments structurels d'une politique de l'autonomie de qualité.

Elle ne saurait être mise en œuvre sans une politique de prévention ambitieuse et par la promotion et la diffusion des actions probantes en la matière.

Elle ne saurait se déployer sans la reconnaissance du rôle irremplaçable des professionnels, ce qui appelle des actions de soutien et le renforcement de l'attractivité des métiers, que ce soit par la rémunération, la reconnaissance de la société, par l'organisation du travail ou par l'accompagnement de l'évolution des compétences et la diffusion des bonnes pratiques professionnelles.

En ce qu'il contribue à la fonction « présente », le rôle spécifique des aidants familiaux et les solidarités de voisinage doivent être mieux reconnus et soutenus en articulation avec les réponses de la sphère professionnelle.

Les enjeux de financement et de soutenabilité de la dépense à l'échelle individuelle et collective sont primordiaux. Il s'agit d'initier à travers la COG 2022-2026 une démarche permettant de se projeter et d'évaluer les besoins afin d'éclairer les décideurs publics sur la trajectoire des financements nécessaires sur la durée de la COG et dans la perspective des besoins futurs à l'horizon 2030.

² L'efficience est dans ce préambule entendue comme : « la meilleure réponse aux besoins et attentes des personnes compte tenu des moyens disponibles ».

La COG 2022-2026 : Une feuille de route opérationnelle pour répondre aux ambitions de la branche et tenir la promesse de l'autonomie

La convention d'objectifs et de gestion « Fonder la branche Autonomie - horizon 2030 » entre l'État et la CNSA pour la période 2022-2026, première COG de la branche Autonomie, s'attache à répondre aux objectifs ambitieux de la branche selon trois axes retenus par le Conseil lors des commissions préparatoires :

- **Axe 1** – Tenir la promesse de l'autonomie : Garantir la qualité du service public de l'autonomie et l'accès aux droits et l'égalité des chances des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants ;
- **Axe 2** – Accompagner l'évolution du modèle : Soutenir l'adaptation de l'offre aux besoins et aux aspirations des publics ;
- **Axe 3** – Assurer le pilotage du risque porté par la branche Autonomie : Structurer, outiller la nouvelle branche Autonomie.

La COG 2022-2026 porte à cet égard plusieurs chantiers de grande ampleur qu'il reviendra à la CNSA de mener à bien au cours des cinq prochaines années.

1. Tenir la promesse de l'autonomie

La COG vise d'abord à tenir la promesse de l'autonomie. Cela se traduit en première intention par l'attention portée à la représentativité et à la participation des personnes.

Il s'agira de mieux recueillir le niveau de satisfaction vis-à-vis des services rendus et de renforcer la co-construction des parcours avec les personnes ou leurs représentants.

La COG comporte également des objectifs d'amélioration significative de l'accès aux droits des personnes à travers l'enrichissement, pour les personnes âgées comme pour les personnes en situation de handicap, des portails internet d'information et la généralisation de la possibilité de réaliser ses démarches en ligne et d'être accompagné pour le faire.

Le renforcement de la transparence sur la qualité de service et l'équité de traitement occupera une place tout à fait centrale dans les objectifs de la CNSA qui a vocation à contribuer à l'émergence d'un service territorial de l'autonomie dans le prolongement des préconisations du rapport du Gouvernement au Parlement. L'appui aux professionnels chargés de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap, dans les MDPH comme dans les services autonomie des départements, sera considérablement renforcé. **Un système d'information unique pour la gestion de l'APA**, projet majeur, sera par ailleurs développé et mis en œuvre au profit des départements, tandis que sera mené à son terme le système d'information harmonisé des MDPH, intégrant l'évaluation des besoins précis des personnes.

La CNSA sera également amenée à jouer un rôle accru en matière de prévention et de continuité des parcours. Conformément à une préconisation récurrente, **un centre de ressources et de preuves** sera mis en œuvre au sein de la CNSA, afin de tirer les enseignements de l'ensemble des actions de prévention menées aujourd'hui et de favoriser la diffusion des plus efficaces ou prometteuses. La CNSA poursuivra également son appui aux dispositifs de coordination des parcours dans l'esprit du développement d'un service public territorial de l'autonomie mieux articulé entre acteurs territoriaux.

Enfin, la CNSA s'attachera à remplir ses missions en coopération et en partenariat avec les autres branches intervenant également dans le soutien à l'autonomie.

2. Accompagner l'évolution du modèle de soutien à l'autonomie

La COG aura également pour ambition d'accompagner l'évolution du modèle de soutien à l'autonomie. La CNSA aura ainsi pour mission d'organiser des remontées de données régulières afin de mieux analyser les besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et les réponses à apporter. Elle accentuera sa capacité à repérer et à soutenir les innovations, à les modéliser, notamment à partir d'initiatives territoriales, et à préparer le changement d'échelle.

Cette meilleure connaissance des besoins et de l'offre permettra à la CNSA de jouer un rôle d'appui accru aux ARS et aux départements pour la programmation et la transformation de l'offre fondée sur une approche domiciliaire pour une société inclusive. La CNSA accompagnera la réforme des services autonomie à domicile tout au long de son déploiement. L'adaptation des établissements et services aux attentes des personnes fera l'objet d'un effort particulier, en particulier pour les EHPAD, les résidences autonomie ou encore l'habitat inclusif, amené à se développer. Les choix effectués s'appuieront sur les politiques mises en œuvre pour permettre la transition énergétique.

La CNSA a pour mission « d'aider ceux qui aident ». Elle contribuera également au renforcement de l'attractivité des métiers de l'autonomie, à l'accompagnement des évolutions des compétences et à la connaissance des bonnes pratiques. Elle veillera à rendre plus effectif le soutien aux proches aidants.

La CNSA offrira par ailleurs un appui accru aux acteurs territoriaux de l'autonomie pour le développement et la diffusion des aides techniques et des nouvelles technologies, dont l'utilisation demeure aujourd'hui insuffisante, voire inadaptée.

3. Piloter le risque porté par la branche Autonomie

Enfin, la COG, conformément à l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, confie à la CNSA le pilotage du risque porté par la branche Autonomie. Elle est désormais gestionnaire du risque et participe à son appréhension dans l'ensemble et la complexité de ses dimensions.

Elle doit ainsi veiller à l'efficacité dans la gestion des ressources dont elle dispose, d'autant plus que la loi du 7 août 2020 prévoit un apport de recettes supplémentaires en 2024. Il revient à la CNSA de s'assurer que les dépenses de la branche sont bien utilisées, ce qui suppose de jouer un rôle actif dans la recherche du « juste accompagnement au bon moment et au juste coût ».

Elle doit également piloter l'efficacité de ces dépenses pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sur tous les territoires.

La CNSA sera amenée en ce sens à définir une stratégie de « gestion du risque », en lien avec les départements, les MDPH, les ARS, les professionnels et les usagers dans le cadre d'une coopération renforcée avec eux, fondée sur les principes de respect de l'autonomie des territoires associée à une exigence de transparence concernant la qualité des réponses et l'utilisation des fonds de la branche pour garantir une équité des personnes dans leur accès au droit.

Par ailleurs, la CNSA se dote d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI), inscrit dans la « stratégie du numérique en santé », qui lui permettra de répondre aux nouveaux besoins de la branche Autonomie et au renforcement des missions historiques de la Caisse.

Conclusion

La COG « Fonder la branche Autonomie – horizon 2030 » porte des objectifs élevés en rapport avec les ambitions de la branche. Leur atteinte suppose un changement d'échelle pour la CNSA qui bénéficiera pour cela de moyens nouveaux. Ses effectifs sont amenés à augmenter de 80 personnes par rapport à la situation présente, et la CNSA devra corrélativement mener à bien un vaste chantier d'adaptation de son organisation interne en renforçant ses métiers et en apportant à sa gestion des ressources humaines et des partenariats une attention soutenue associée à un engagement en matière de responsabilité sociale et environnementale.

L'ambition portée par la COG est à la mesure de celle ayant conduit à la création de la branche Autonomie, en termes de qualité de l'accompagnement des personnes, d'équité de traitement ou encore d'efficacité de ses financements pour l'autonomie au sein de la Sécurité sociale.

L'établissement public bénéficiera pour sa mise en œuvre du rôle actif du Conseil.

Le Conseil qui a pris une part active à la préparation de la présente COG contribuera par son apport au pilotage stratégique de la convention d'objectifs et de gestion à « Fonder la branche Autonomie – horizon 2030 ».

En effet, si la présente COG définit la feuille de route pour la CNSA dans une perspective pluriannuelle 2022-2026, elle s'inscrit également dans le temps long, à l'horizon 2030. C'est dans cette perspective que la présente COG vise une structuration progressive de la branche et de séquençage de sa construction selon la trajectoire actualisée des ressources. Enfin, la CNSA devra se doter d'outils de suivi de la COG et être en mesure de réinterroger les ambitions de la branche au regard des besoins évolutifs. Une commission du Conseil de suivi de la COG sera installée.

Par la création de la branche Autonomie, au cœur de la Sécurité sociale, le législateur fait le choix de la cohésion sociale par la solidarité, l'égalité des chances et la convergence des réponses à nos concitoyens, quels que soient leur âge ou leur situation de handicap.

En fondant la branche Autonomie, il transforme et renforce notre système de protection sociale, pour soutenir l'ambition d'une société inclusive ouverte à tous et respectueuse de la citoyenneté de chacun.

SYNTHÈSE

La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'installation de son conseil le 2 mai 2005 ont concrétisé une nouvelle « branche de la protection sociale », sans pour autant qu'elle ne soit qualifiée de « branche de la sécurité sociale ».

Le texte initial du projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie ne se prononçait pas entre risque de protection sociale ou branche de la sécurité sociale. C'est lors de son examen que le Parlement, avec l'accord du Gouvernement, a tranché en ajoutant l'autonomie à la liste des branches du régime général de la sécurité sociale, et en prévoyant *« un rapport sur les modalités de mise en œuvre d'un nouveau risque et d'une nouvelle branche de la sécurité sociale relatifs au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap »*. La CNSA a été désignée comme gestionnaire de ce risque.

Cette question sémantique entre risque de protection sociale et branche de la sécurité sociale peut paraître un débat de spécialistes, mais il n'en est rien : cela manifeste une nouvelle ambition pour le soutien à l'autonomie, et une branche doit satisfaire un ensemble de règles budgétaires et d'organisation prévues par le code de la sécurité sociale. Et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 doit en tirer toutes les conséquences.

La lettre de mission demande en conséquence la formulation de recommandations *« sur les principes et l'architecture générale de la branche autonomie et sa gouvernance »*, appuyées sur une large concertation avec les parties prenantes. Elle demande aussi d'identifier *« des sources de financement à mobiliser prioritairement pour couvrir la réforme du Grand âge à compter de 2021 »*, fixées conventionnellement à 1 Md€ dès 2021 et 3 à 5 Md€ à horizon 2024.

1. Quel sens doit avoir la création de cette 5^{ème} branche ?

La création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale ne peut pas être un simple exercice juridique et financier, mais doit aussi manifester le sens de cette nouvelle étape de la politique publique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

- ♦ elle doit permettre de progresser dans ce qui est un symbole de la sécurité sociale française : un même droit pour tous, partout, et donc **plus d'équité dans l'accès aux services et aux prestations**. C'est la première demande exprimée par les associations. Le constat aujourd'hui est d'écarts très importants : le taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile parmi les plus de 60 ans varie par exemple selon les départements de 2,6 % à 9,4 % ;

Mais ces taux d'écart doivent être considérés avec une double précaution : ils ne sont pas spécifiques à une politique décentralisée (les écarts sont aussi importants par exemple pour l'admission en invalidité gérée par l'assurance maladie) et ils s'expliquent pour partie par le caractère nécessairement individualisé de l'évaluation d'une prestation en nature.

Les écarts bruts mesurés en taux d'allocataires ou d'équipements et services par rapport à la population cible sont aussi trompeurs : il est normal qu'il existe des écarts en fonction des caractéristiques sociodémographiques et économiques des territoires, et il faut prendre en compte les effets de substitution (par exemple, entre infirmiers libéraux, services de soins infirmiers et services d'aide à domicile). Ce qui fait défaut aujourd'hui, c'est d'abord le manque d'études suffisantes pour comprendre les écarts, et partant d'être en capacité de réduire la part qui relève d'inégalités réelles.

Rapport

- ♦ elle doit permettre de **réduire la complexité des prestations et des organisations** : « parcours du combattant », « organisation en silos », sont les deux qualificatifs qui reviennent le plus fréquemment dans les multiples rapports que la mission a exploités et dans ses entretiens ;

Les exemples en sont nombreux : l'articulation entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH) enfants depuis l'ouverture en 2008 d'un droit d'option ou la superposition des droits entre pensions d'invalidité, allocation supplémentaire d'invalidité et allocation adultes handicapés pour ce qui est des prestations ; l'accès pratique à un établissement ou service médico-social pour les personnes handicapées après la décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), ou le choix d'un service d'aide à domicile pour les personnes âgées après la validation du plan d'aide APA pour ce qui est des services.

- ♦ la création de la 5^{ème} branche doit enfin permettre **une organisation plus efficiente**. Comme pour toutes les dépenses publiques, elle est indispensable et il faut rechercher en même temps l'amélioration de la qualité des accompagnements et des parcours.

Un ensemble de leviers doivent être mobilisés à cette fin : la prévention de la perte d'autonomie ; la cohérence entre parcours de santé et accompagnement social et médico-social ; des systèmes d'information plus performants et articulés entre les différentes branches de la sécurité sociale ; une meilleure maîtrise des conditions et des processus d'attribution des prestations ; la diversification des réponses et le découplage de l'offre.

2. Quel doit être le périmètre de la branche autonomie ?

Le périmètre de la branche autonomie **ne peut pas se limiter à celui de l'actuelle CNSA**. Non seulement parce que le sens de la création d'une 5^{ème} branche n'apparaîtrait plus, mais surtout parce que la dispersion actuelle nécessite cet effort de recomposition : pour rendre l'ensemble plus lisible et plus simple pour les personnes ayant besoin d'un soutien, pour assurer plus d'équité dans l'accès aux droits, pour permettre un débat mieux éclairé sur l'efficacité de l'effort public.

Mais il doit aussi ne pas empiéter sur les politiques de droit commun (l'éducation, l'emploi, les transports...), qui doivent répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées et en situation de handicap dans l'optique d'une société inclusive.

Le périmètre de départ est bien sûr celui du budget de l'actuelle CNSA, et **des transferts depuis d'autres branches de la sécurité sociale ou depuis le budget de l'État ne posent pas de difficultés juridiques**. En revanche, il sera plus difficile d'afficher dans la LFSS les contributions des départements aux mêmes dépenses que celles incluses dans le budget de la branche : prestations APA et PCH, financement des établissements et services. Cette inclusion aurait du sens (il s'agit de financements complémentaires, et l'affichage des parts respectives enrichirait le débat parlementaire), mais la libre administration des collectivités locales rend complexe un vote du Parlement sur un objectif de dépenses qui les inclue, même s'il n'est pas limitatif. *A minima*, pour 2021, l'annexe de la LFSS devra les retracer.

La mission préconise le **transfert de certaines prestations aujourd'hui dans le périmètre d'autres branches de la sécurité sociale**, et dont la finalité relève de la compensation de la perte d'autonomie : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1 Md€) depuis la branche famille ; la composante « aide humaine » de l'invalidité (300 M€), l'allocation supplémentaire d'invalidité (260 M€) et les unités de soins de longue durée (1 Md€) depuis la branche maladie ; la part de l'action sociale de la CNAV consacrée aux aides à l'investissement et à l'aménagement du domicile (100 M€) depuis la branche vieillesse.

Rapport

D'autres **transferts depuis le budget de l'État** sont aussi recommandés : l'allocation aux adultes handicapés (10,6 Md€, qui n'est pas seulement un minimum social, et qui rejoindrait ainsi l'allocation de solidarité aux personnes âgées dans le champ de la sécurité sociale), l'aide au poste des travailleurs en ESAT (1,3 Md€) et quelques financements mineurs aujourd'hui logés dans le programme 157. Depuis les opérateurs de l'État, le programme « habiter facile » de l'ANAH, spécifique aux personnes âgées et en situation de handicap, serait aussi intégré dans le budget de la branche, l'ANAH en restant l'opérateur.

En revanche, tout un ensemble de politiques qui sont les moyens particuliers d'accès au droit commun des personnes âgées ou en situation de handicap n'ont pas vocation à intégrer la branche autonomie, par exemple les compléments de mode de garde de la branche famille, les pensions d'invalidité (qui constituent un revenu de remplacement), ou le maintien et l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées. L'annexe autonomie et le programme de qualité et d'efficacité de la LFSS devront les retracer et, pour certaines, des systèmes d'information mieux interfacés devront permettre de mieux les appréhender (par exemple la dépense d'actes de soins infirmiers et d'aides techniques de l'assurance maladie relative à des bénéficiaires de l'APA et de la PCH).

Au total, **le périmètre de la branche passerait de 27 Md€ (l'actuelle CNSA) à 42 Md€**. Dès 2021 pour un ensemble de dispositifs où ce transfert peut se faire sans changements de modes de gestion, et pour le reste en 2022, là où des délais d'organisation du transfert sont nécessaire (l'AAH notamment). Ces transferts d'enveloppes **ne génèrent pas de coûts budgétaires**.

3. Quelle gouvernance locale de l'autonomie ?

La mise en œuvre de la politique de l'autonomie se fait au niveau des territoires, au plus près des usagers. La capacité de la CNSA à générer plus d'équité et des réponses plus efficaces aux besoins dépend donc de la structuration de la gouvernance locale du soutien à l'autonomie : il n'y aura pas de gouvernance nationale efficace sans gouvernance locale claire et stable.

L'hypothèse, avancée par certains, de création de **caisses locales de l'autonomie** induirait de retirer aux conseils départementaux leurs compétences en matière d'action sociale envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, sauf de façon résiduelle et facultative : ce seraient les caisses locales de l'autonomie qui évalueraient le droit aux prestations (donc reprendraient les attributions des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), et des équipes d'évaluation APA des conseils départementaux) et les liquideraient, contractualiseraient avec l'ensemble des établissements et services et les financeraient. Ces caisses locales de l'autonomie pourraient, pour des raisons de rationalisation des moyens, être adossées au réseau d'une autre caisse nationale (CPAM, CAF ou CARSAT).

Un tel bouleversement, au rebours des orientations du gouvernement en matière de décentralisation, est peu réaliste politiquement et nécessiterait des redéploiements de moyens complexes, sans gain certain d'efficacité ou d'une meilleure égalité.

Des schémas de « **tout à l'ARS** » ou de « **tout au département** », aussi soutenus par certains, portent un risque de disjonction entre le sanitaire, le médico-social et le social, alors même que la nécessité de parcours coordonnés est affirmée. L'hypothèse du rapport Libault d'une CNSA qui comme aujourd'hui s'appuie sur deux réseaux, les ARS et les départements, est donc celle retenue aussi par ce rapport.

Rapport

Mais les instruments de coordination entre ARS et conseils départementaux, tels qu'ils existent aujourd'hui (projets régionaux de santé et schémas départementaux établis « au regard » l'un de l'autre, commission médico-sociale régionale) n'ont pas fait la preuve de leur opérationnalité. Il faut créer **un contrat départemental pour l'autonomie** entre les ARS et les départements (avec l'association des communes) qui décline pratiquement à ce niveau de proximité un programme commun d'organisation de l'offre, depuis le domicile jusqu'aux établissements : le modèle des schémas territoriaux de service aux familles pourrait servir d'inspiration.

La CNSA devra définir les outils de cette contractualisation (état des lieux, contenu, indicateurs de pilotage...), et suivre leur mise en œuvre, y compris par des audits de terrain. Il faut aussi que les délégations territoriales des ARS disposent des moyens et compétences suffisants pour être de réels partenaires des départements dans l'élaboration et le suivi de ces contrats.

Une gouvernance locale efficiente suppose aussi de **supprimer les doubles tarifications** ARS/départements : par le regroupement des sections dépendance et hébergement des EHPAD (financées intégralement via les ARS comme préconisé par le rapport Libault), mais aussi en unifiant dans le secteur du handicap le financement des foyers d'accueil médicalisés (qui ne se distinguent plus des maisons d'accueil spécialisé, déjà intégralement financées via les ARS) et des centres d'action médico-sociale précoce (où les départements financent sans vraie justification une part minoritaire).

Dans le même esprit de simplification, il serait légitime d'ouvrir la **possibilité de délégations de compétences** en matière d'autorisation et de tarification des ARS vers les départements volontaires. Le droit actuel le permet puisqu'il ne s'agirait pas d'une différenciation des normes. Pour en juger les effets, ces délégations – qui n'exonèrent pas de la nécessité d'une contractualisation – devraient dans un premier temps être limitées en nombre, pour pouvoir être évaluées.

Une meilleure lisibilité pour les citoyens est enfin nécessaire, ce qui suppose de bien distinguer différentes fonctions qui ne relèvent pas des mêmes réponses : l'information de premier niveau, qui peut revêtir des formes variées selon les territoires ; l'évaluation des situations individuelles (qui peut être unifiée entre personnes âgées et handicapées) ; l'ouverture des droits (où le modèle des MDPH et CDAPH cohabite aujourd'hui avec l'admission à l'APA sur un modèle différent) ; et l'accompagnement des situations complexes. Pour l'évaluation et l'ouverture des droits, une **généralisation des maisons départementales de l'autonomie**, sous un statut d'établissement public local préservant la présidence du département et la place des associations dans sa gouvernance, marquerait positivement la création de la branche autonomie, comme celle des MDPH a symbolisé la loi de 2005.

L'accompagnement suppose **une bonne articulation des parcours** entre santé, médico-social et social, donc une coordination. Les dispositifs ayant vocation à relier les trois dimensions se sont succédés dans le temps sans grand succès et ne sont pas moins nombreux s'agissant de la coordination des parcours de santé. La création de la branche autonomie n'est pas par elle-même de nature à surmonter cette approche « en silos », mais la CNSA peut aider à passer de la théorie de la coordination des parcours à la pratique de leur organisation territoriale, grâce à ses missions d'animation, d'audit, et de production de recommandations.

4. Quelle architecture financière et quelle gouvernance nationale de la branche autonomie ?

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a confié à la CNSA la gestion de la nouvelle 5^{ème} branche autonomie, mais n'a rien modifié de son organisation actuelle.

- ♦ **Le budget de la CNSA**, aujourd'hui organisé par des dispositions de nature législative en sept sections et sous-sections, est trop rigide, rigidité renforcée par l'affectation fléchée de recettes à chacune d'entre elles ;

Le schéma retenu pour les branches historiques de la sécurité sociale est beaucoup plus simple, sans recettes affectées, et avec des fonds en nombre limité dédiés à des types de dépenses. La future structure du budget de la CNSA doit s'en inspirer, avec sans doute un fonds de financement des établissements et services, un fonds relatif aux prestations et concours aux départements, un fonds de gestion administrative et un fonds d'intervention qui regroupe l'ensemble des autres dépenses. Source de rigidités, le maintien au niveau du vote en LFSS d'enveloppes spécifiques pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées dans ces fonds ne devrait pas perdurer, cette partition étant retracée seulement au niveau du budget de la caisse.

La création de la 5^{ème} branche induit que les prévisions globales de recettes et de dépenses de la branche figurent comme celles des quatre autres dans le PLFSS (mais plus dans l'ONDAM, dont ce n'est pas l'objet). Si la structure du budget est simplifiée et que l'on renonce à l'affectation détaillée de recettes aux dépenses, **il est néanmoins nécessaire que ce soit la représentation nationale, et non le seul conseil de la CNSA, qui se prononce sur les montants affectés aux différents fonds**. Les crédits pour les établissements et services, de même que les crédits fléchés vers les allocations et les concours aux départements seraient ainsi votés en recettes et en dépenses lors de l'examen de la LFSS.

La disparition des sous-objectifs « personnes âgées » et « personnes handicapées » de l'ONDAM assurance maladie, qui constituent le principal des recettes de l'actuelle CNSA (21,6 Md€ en prévision initiale 2020), rend nécessaire d'affecter à l'avenir des recettes issues de cotisations ou de l'impôt à hauteur des prévisions de dépenses. Vue la finalité universelle des politiques de soutien à l'autonomie, il serait logique de **recourir, outre la CSA et la CASA, principalement à la CSG**, ce que son produit pour la sécurité sociale (102 Md€ en LFSS 2020, dont 73 Md€ pour la branche maladie) permet par redéploiements.

Comme pour l'ensemble de la protection sociale, il est indispensable de s'assurer de la **soutenabilité à terme des dépenses au regard des charges**. Si les propositions de ce rapport sont suivies, les dispositifs des autres caisses et de l'État intégrées dans le périmètre en 2021 (+ 3,985 Md€) ne devraient pas globalement connaître une progression supérieure aux autres composantes déjà incluses dans le budget de la CNSA. Pour 2022, la CNSA absorberait 10,7 Md€ de dépenses supplémentaires dont l'essentiel est constitué par les 10,6 Md€ de l'AAH, et devra donc pouvoir maîtriser sa dynamique, aujourd'hui supérieure (+ 6 % par an) à celle de la CSG.

- ♦ la création de la branche devrait s'accompagner dès la LFSS 2021 **d'une révision de la liste des missions de la CNSA** telle qu'elle figure dans le code de l'action sociale et des familles, actuellement trop nombreuses (17), mal pondérées entre elles et sur certains sujets incomplètes ;

Rapport

- ♦ le modèle du **conseil de la CNSA**, qui a été voulu comme un « parlement de l'autonomie », composé de 52 membres et où l'État ne dispose pas d'une majorité automatique (45 % des voix), est très différent du modèle paritaire des autres branches, où l'État n'est représenté que par des commissaires du gouvernement. Il n'existe pas de consensus pour faire évoluer dans un sens ou dans l'autre cette composition, et elle n'a jamais été depuis 15 ans un obstacle à la gouvernance. Il ne paraît donc pas utile, à quelques ajustements près, de la remettre en cause. La répartition actuelle des fonctions entre ce conseil, son président et le directeur de la caisse peut aussi rester inchangée ;
- ♦ le principal enjeu de la gouvernance nationale est de **donner à la CNSA de nouveaux leviers d'action pour agir sur la gestion du risque et l'équité territoriale** des politiques qu'elle finance ou cofinance. Cela suppose en premier lieu une capacité d'analyse de sa consistance et de son évolution, avec des moyens statistiques et d'étude renforcés.

Dans sa dimension d'agence la CNSA n'a aujourd'hui qu'un rôle d'échanges d'expériences, d'animation et de diffusion de bonnes pratiques et dans son rôle de financeur, elle répartit les concours aux départements sur des critères réglementaires sans possibilités de modulation.

Plusieurs leviers doivent être mobilisés pour **étendre et renforcer la capacité de la caisse à faire évoluer les réseaux sur lesquels elle s'appuie** : des moyens d'audits de terrain, le développement de systèmes d'information harmonisés et interconnectés, une gestion plus exigeante des conventions avec les départements, un financement direct des MDPH/MDA, et un lien entre montants des concours, équité et respect de la légalité. Sur ce dernier point, qui constituerait une solution de dernier recours après une procédure contradictoire, une évolution législative est nécessaire.

La future COG de la CNSA devra préciser les moyens, nécessairement plus importants qu'aujourd'hui, dont la caisse aura besoin pour mieux piloter le risque.

5. Les mesures de financement

À partir des propositions faites lors des consultations et débats antérieurs, la mission a examiné cinq sources potentielles permettant d'atteindre les objectifs indiqués, soit 1 Md€ dès 2021 et 3 à 5 Md€ à horizon 2024. Les choix à l'intérieur de cette palette sont évidemment de nature politique.

- ♦ **des transferts :**
 - la possibilité d'anticiper le transfert d'une part de CSG de la CADES vers la branche autonomie, sans attendre 2024, paraît devoir être écartée, car elle impacterait la crédibilité de celle-ci sur les marchés de capitaux ;
 - en revanche, compte tenu des **versements prévus du FRR à la CADES** (2,1 Md€ par an jusqu'en 2023, puis 1,45 Md€/an jusqu'en 2033), l'écart entre la valeur des actifs et celle du passif actualisé permettant au FRR d'atteindre ses objectifs s'établit à 2,5 Md€. Il serait donc possible de mobiliser cette ressource, à raison de 420 M€ par an de 2021 à 2025, pour financer les aides à l'investissement consacrées à la rénovation des EHPAD ;
 - une mission récente de l'IGF a montré qu'**Action Logement** disposait de ressources et réserves importantes, mais que les emplois prévus étaient critiquables quant à leur utilité sociale, et souvent redondants avec d'autres programmes. Il serait possible de réaffecter à la branche autonomie la part de taxe sur les contrats d'assurance qui lui a été allouée en 2019 (300 M€), et d'abaisser le taux de la participation des employeurs de plus de 50 salariés à l'effort de construction de 0,10 %, en créant un prélèvement pour l'autonomie équivalent (400 M€) ;

Rapport

- la **branche famille**, du fait de l'évolution de la démographie et de l'écart entre ses recettes assises sur les revenus et de ses dépenses liées à l'évolution des prix, devient structurellement excédentaire, nonobstant les effets de la crise sanitaire actuelle (1,5 Md€ d'excédent en 2019, prévision de déficit de 3,1 Md€ en 2020). Une fois ce choc conjoncturel passé, il serait possible d'effectuer en 2024 un transfert de l'ordre de 150 M€ vers la branche autonomie. Mais c'est un choix politique sensible entre soutien à la natalité et aux familles et besoins des personnes âgées.
- ♦ **des mesures d'économies :**
 - la dynamique de **l'allocation aux adultes handicapés** (+ 6 % par an, soit environ + 400 M€) s'explique pour une part par les revalorisations décidées, mais aussi pour l'AAH2 (taux d'invalidité entre 50 % et 80 % et restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi) par un processus d'attribution mal maîtrisé, avec un risque important de transfert depuis le RSA (30 % des entrants) du fait d'un montant supérieur d'un tiers. Il pourrait être assigné à la CNSA, si l'AAH est incluse dans son périmètre, un objectif d'économie tendancielle de 400 M€ d'ici à 2024 ;
 - **l'allocation personnalisée d'autonomie**, contrairement à d'autres allocations comme le RSA, ne prend pas en compte de loyer fictif pour la propriété principale, et applique des règles de calcul de la conjugalité plus favorables. Conjugué à un recours systématisé à la télégestion pour les services d'aide à domicile, une économie globale de 440 M€ au bénéfice des départements est possible.
- ♦ **une réduction de certaines niches sociales et fiscales :**
 - le bénéfice de **l'exonération totale de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile** bénéficie à toutes les personnes de plus de 70 ans, même autonomes. Une suppression de la possibilité de bénéficier de l'exonération du seul fait de l'âge aurait un rendement net de 180 M€, et permettrait d'aligner la situation des personnes âgées qui ne connaissent pas de perte d'autonomie sur celle de l'ensemble des autres catégories de la population qui ont recours à des services d'aide à domicile, lesquels bénéficient par ailleurs d'un ensemble d'autres mesures sociales et fiscales pour en diminuer le coût ;
 - le **crédit d'impôt au titre de l'emploi d'une personne à domicile** s'applique dans la limite d'un plafond annuel de 12 000 €, qui peut être majoré en fonction des caractéristiques du foyer. Un abaissement à 6 000 € du plafonnement de droit commun du crédit d'impôt (en conservant les majorations existantes pour les ménages ayant des enfants en bas âge et les personnes âgées ou handicapées) pourrait dégager 400 M€ ;
 - la **réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement** pour les personnes âgées accueillies en établissement bénéficie par construction aux personnes imposables, alors que l'aide sociale à l'hébergement et les allocations logement visent les revenus modestes. De ce fait, ce sont les revenus moyens, entre 1000 € et 1600 € par mois, qui sont les moins aidés. L'abaissement du plafond de la réduction d'impôt de 10 000 € à 5 000 € contribuerait à un meilleur équilibre des taux d'aides en fonction des revenus, et procurerait une économie de 110 M€.

II - Des modalités de tarification et d'autorisation trop complexes et ne correspondant plus à la réalité des besoins malgré la hausse des dépenses

La dépense publique en faveur de la prise en charge médicale des résidents en Ehpad relève, d'une part, du financement de la section soins des Ehpad par les agences régionales de santé (ARS) sur les dotations allouées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et, d'autre part, du financement de la dépendance par la dotation relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement versée par les départements. Si les dépenses d'hébergement à la charge du département pour les places habilitées à l'aide sociale peuvent contribuer à améliorer la prise en charge médicale, leur contribution indirecte n'est pas retracée ici.

Un financement tripartite

Un Ehpad reçoit trois sources de financements :

- un forfait relatif aux soins directement versé par l'assurance maladie à l'établissement. Il doit permettre de couvrir les dépenses relatives à la prise en charge médicale des résidents. Outre les équipements médicaux et les médicaments prescrits, il sert aussi à financer la rémunération du médecin coordonnateur, des médecins salariés dans le cadre du tarif global de soins³⁴, des infirmières et des aides-soignantes et, le cas échéant, l'intervention d'autres professionnels de santé extérieurs à la structure selon son option tarifaire (cf. *supra*) ;
- un forfait relatif à la dépendance, dont le montant est fixé par le président du conseil départemental du lieu d'implantation de l'établissement. Ce forfait doit permettre à l'établissement de couvrir les dépenses liées à la perte d'autonomie des résidents, notamment pour accomplir les actes du quotidien. Il concerne ainsi essentiellement les prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en finançant la présence d'un personnel qualifié (aides-soignants, aides médico-psychologiques, etc.), ainsi que les frais de matériel lié à la perte d'autonomie. Bien que le montant de ce forfait soit fixé par le président du conseil départemental, seule une partie de ce forfait est prise en charge et acquittée par le département en fonction du niveau de ressources et de dépendance des résidents (*via* l'APA), le reste étant à la charge des résidents ;
- un tarif relatif à l'hébergement qui permet de couvrir les charges liées aux prestations hôtelières (restauration, animation, accueil) ainsi que les charges de la structure (administration générale, entretien). Il est à la charge du résident sauf si ce dernier, du fait de son niveau de revenus, est éligible – totalement ou partiellement – à l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Lorsque l'Ehpad est habilité à l'aide sociale, le tarif hébergement est fixé par le président du conseil départemental.

³⁴ Dans le cadre du tarif partiel de soins, majoritaire dans les Ehpad aujourd'hui, la relation entre le résident et le médecin traitant s'organise comme celle d'un assuré social comme les autres. Le résident acquitte les honoraires, dont il est remboursé. La difficulté survient lorsque le résident perd son médecin traitant libéral (départ à la retraite, autres, etc.), sans que celui-ci puisse être remplacé par un confrère. Le résident se trouve alors sans médecin traitant, et l'option de tarif partiel de soins de l'Ehpad ne lui permet pas de disposer du budget nécessaire pour salarier du temps médical pour une solution alternative.

Le poids de ces trois sections est très inégal. Selon le type d'établissements, l'hébergement représente entre 46,5 % et 53,8 % de la charge totale, la section soins entre 31,5 % et 38,5 % et la section dépendance entre 14,4 et 15,7 %³⁵.

Les dépenses des ARS et des départements sont passées de 8 608 M€ en 2011 (dont 76,6 % de dotations soins des ARS) à 11 238 M€ en 2019 (dont 78,2 % des ARS), soit une augmentation de 31 % entre 2011 et 2019. Cette évolution est presque trois fois plus forte que la croissance du PIB sur la même période (+ 12 %). L'augmentation des dotations est liée aux installations de places et à l'effort de médicalisation au sein des Ehpad dans les conventions tripartites puis par la réforme de la tarification à partir de 2017.

A - Des dotations soins et dépendance qui ont connu une hausse et permis une progression de la médicalisation

1 - Une importante réforme de la tarification des Ehpad pour leur médicalisation

Les réformes mises en place en 2017 concernant le financement des Ehpad

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) et la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75) ont prévu la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) d'ici 2022, la mise en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire (l'état prévisionnel de recettes et de dépenses – EPRD) et une réforme des règles de détermination des ressources des Ehpad, d'une logique de couverture des charges à une logique de pilotage par la ressource, *via* les deux forfaits globaux soins et dépendance.

Le forfait global relatif aux soins et le forfait global relatif à la dépendance correspondent chacun au résultat d'une équation tarifaire. S'y ajoutent, le cas échéant, des financements complémentaires ou ponctuels. Ces forfaits seront versés à tous les établissements à l'issue d'une période transitoire durant laquelle les Ehpad convergeront vers leur niveau de ressources cible.

La mise en œuvre concrète de cette réforme, qui devait s'effectuer progressivement de 2017 à 2023, a donné lieu à des contestations et à des mouvements sociaux intervenus dans les Ehpad en 2018 après que de nombreux établissements aient constaté une baisse de leurs ressources³⁶ sur la section dépendance. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a fixé à 2021 la date limite de la convergence pour les soins.

³⁵ CNSA, *Situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018*, mai 2020. NB : la CNSA n'a pas eu accès la part de la section hébergement pour les Ehpad privés lucratifs.

³⁶ L'Igas, dans le rapport de sa mission de médiation, (Igas, *Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Ehpad*, avril 2018) a relevé qu'« autour de 20 à 25 % [des établissements] se retrouvent avec une recette globale « soins + dépendance » en baisse (...), le « gain » sur les soins étant plus que compensé par le « perte » dépendance », ce qui l'a conduit à recommander une accélération de la convergence pour les soins ».

a) Un effort cumulé de plus de 750 millions d'euros en cinq ans pour accompagner la réforme de la tarification en soins

Sur la section soins, la tarification repose sur une convergence vers un tarif plafond calculé à partir d'une équation tarifaire qui repose sur le GIR moyen pondéré soins (GMPS). Cet indicateur synthétique rend compte, pour les personnes hébergées dans l'Ehpad, du niveau d'autonomie moyen (GMP, déterminé à partir de la grille Aggir) et des besoins en soins (PMP, calculés à partir du référentiel Pathos), au moyen d'un coefficient pondérant la valeur respective de chaque indicateur³⁷. Les valeurs des GMP et PMP retenues sont celles qui ont été validées par les médecins de l'ARS et du département. L'allocation budgétaire des établissements est fondée sur la formule de calcul de la ressource plafond : [nombre de points GMPS*valeur du point³⁸*capacité de l'établissement]. En cinq ans, la dotation de chaque établissement converge progressivement vers la cible.

Le principe de la réforme de 2015 consistait à permettre à des Ehpad une remise à niveau de leurs financements (le tarif plafond n'était que rarement accordé dans la période précédente). Il a permis de répartir plus équitablement les ressources et de reconnaître l'augmentation des besoins des résidents, notamment quand l'actualisation des indicateurs de soins requis et de dépendance a été réalisée (cf. *infra*). À la fin de la période de cinq ans, c'est un montant total de 762,80 M€ qui aura été délégué par les ARS aux Ehpad pour la convergence soins.

Tableau n° 2 : coût total de la réforme pour les soins

En M€	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Montant délégué ARS	51,2	72,4	160,5	204,2	274,5	762,8

Source : Instructions budgétaires 2017 à 2021, tableaux DRL

Pour les Ehpad contrôlés, la convergence soins a eu le même impact positif que celui qui a été analysé au niveau national. Seuls six des 57 Ehpad contrôlés sont en convergence négative sur la dotation soins. Il s'agit de deux Ehpad hospitaliers, trois Ehpad publics et un Ehpad privé non lucratif. Certains Ehpad contrôlés ont connu une remise à niveau d'autant plus importante que la convergence s'est appliquée à partir de nouvelles valeurs GMP et PMP validées, alors que les précédentes étaient anciennes et ne reflétaient plus la situation des résidents. Ainsi, le GMP de l'Ehpad Korian Catalogne (Pyrénées-Orientales) est passé de 765 à 804 points et son PMP de 211 à 301 points entre la validation de 2010 et celle de 2017, entraînant dès 2018 une évolution de 10 % de la dotation soins.

Les administrations en charge des travaux grand âge et autonomie estiment³⁹ qu'en 2020, la réforme de la tarification relative aux soins a induit le recrutement de 19 000 ETP supplémentaires depuis 2015.

³⁷ Le coefficient est de 2,59 pour majorer le PMP par rapport au GMP. L'équation s'écrit : $GMPS = GMP + 2,59 \times PMP$.

³⁸ La valeur du point varie suivant l'option tarifaire appliquée dans l'Ehpad : tarif global, tarif partiel et selon que l'établissement dispose ou non d'une PUI.

³⁹ DGCS, DSS, CNSA, note du 2 juillet 2019 à la ministre des solidarités et de la santé relative aux travaux grand âge et autonomie : propositions de mesures relatives à la tarification des Ehpad.