

* CONSOLIDER POUR DÉVELOPPER

- * **Un rappel : la CNSA comme un laboratoire d'innovations** 82
 - « Penser autrement » une politique publique
 - Une régulation innovante : l'exemple de la procédure d'allocation des moyens aux établissements et services
 - Un Conseil vécu comme un espace public

- * **Des progrès restent à faire** 85

- * **La création d'un droit universel d'aide à l'autonomie** 86
 - « Aide à l'autonomie »
 - Une réponse personnalisée
 - Un « droit universel »

- * **La consolidation d'une gouvernance nouvelle** 88
 - Gouvernance et champ d'action des MDPH
 - Articulation des programmations départementales et régionales, voire nationales pour certaines situations
 - La CNSA : vers un opérateur national de plein exercice
 - En allant jusqu'à déléguer un pouvoir réglementaire à la CNSA complétant la compétence réglementaire générale des autorités centrales de l'État

Si la CNSA a permis de nombreuses innovations dans la conduite d'une politique publique – en mettant l'accent sur l'analyse des besoins et la qualité de concertation entre les acteurs –, des évolutions restent néanmoins nécessaires. Elles seront à la hauteur de ce que permettraient la création d'un droit universel et le choix d'une gouvernance nouvelle.

*** Un rappel : la CNSA comme un laboratoire d'innovations**

La CNSA est, aux dires mêmes de la Cour des comptes, « une organisation *sui generis* ». En trois années d'existence, elle s'est imposée comme un acteur incontournable dans le champ de la protection sociale, notamment en constituant un laboratoire d'innovations importantes.

Les chapitres précédents du rapport du Conseil rappellent les résultats obtenus en trois ans. Ce chapitre 7 souhaite souligner la logique nouvelle que traduit la création de la CNSA.

« Penser autrement » une politique publique

Par les effets de la décentralisation et notamment lors de sa seconde phase (loi du 13 août 2004 et lois spécifiques suivantes), la collectivité départementale a été largement renforcée dans ses responsabilités et ses missions sociales et médico-sociales. Les conseils généraux se sont ainsi vu confier une pleine compétence en matière de gestion de proximité.

Le Conseil de la CNSA s'est accordé dans ses rapports précédents sur cette option qui confie aux départements la responsabilité de conduire localement la politique publique en faveur de l'aide à l'autonomie, et de veiller à une évaluation fine des besoins en valorisant le travail d'observation et d'analyse conduit sur chaque territoire départemental.

Ainsi, la CNSA se situe dans une fonction favorisant l'articulation et la cohérence entre la politique nationale et les politiques locales. Elle contribue à ce que les politiques nationales ne puissent être pensées ni mises en œuvre sans prendre en considération les contraintes locales et les situations propres à chaque département comme à chaque personne.

Les départements sont les premiers responsables de l'équité territoriale, dans le cadre de leur mission. La CNSA, par l'ensemble des moyens dont elle dispose – les aides financières, les conventions de qualité de service, la diffusion de bonnes pratiques et d'éléments de comparaison –, doit être en mesure de rendre compte du caractère effectif de cette équité sur l'ensemble du territoire.

La CNSA n'a pas de responsabilités dans la conduite des politiques de proximité, mais elle cherche à donner à ceux qui exercent ces compétences – les départements et les services déconcentrés de l'État – les moyens de les exercer, lorsque ces moyens peuvent être plus facilement mobilisés par une agence nationale. Attestent cette volonté la mise en œuvre réussie des conventions d'appui à la qualité de service entre chaque département et la CNSA, comme la démarche systématiquement retenue d'associer les départements et les acteurs concernés pour l'élaboration d'outils de gestion ou d'évaluation, ou encore la conception de formations adaptées. C'est l'illustration d'une gestion du risque responsable et innovante.

S'appuyant ainsi sur cet acquis d'expérience, le Conseil de la CNSA, reprenant les termes de son rapport d'octobre 2006, souligne que la création de la CNSA a été porteuse de sens au-delà du strict champ de ses compétences, en ouvrant une perspective pour « penser autrement » une politique publique.

« Penser autrement », c'est faire le choix de retenir un mode de régulation par la relation contractuelle et partenariale, en faisant le pari fonctionnel d'une gestion en réseau. Le travail avec les grandes associations et organisations nationales représentant les usagers et les professionnels, d'une part, avec l'Assemblée des départements de France (ADF) et d'autres partenaires, d'autre part, s'est progressivement et considérablement densifié sur ces bases.

« Penser autrement », c'est placer en premier l'écoute de la personne et de ses besoins. Partir du projet de vie d'une personne pour élaborer un plan personnalisé de compensation, c'est revendiquer un renversement de la pyramide usuelle en matière administrative. C'est en effet le projet de vie de chaque personne qui commande toute l'architecture institutionnelle, ce qu'évoque cette phrase du rapport du conseil d'octobre 2006 : « La personne en perte d'autonomie est le cœur de l'action ». La logique du guichet administratif et du dossier papier se voit « renversée » au profit d'une rencontre, d'un bout de chemin partagé.

Un travail important a été engagé sur la notion d'évaluation du besoin d'une personne au regard d'un projet de vie, avec les regards croisés de la connaissance scientifique, des usagers, des financeurs, des organisations représentatives des gestionnaires et des professionnels de l'évaluation.

Ce qui est vrai en réponse à un projet de vie l'est tout autant dans l'appréhension globale des moyens alloués. Ce n'est pas un montant budgétaire *a priori* qui doit déterminer la reconnaissance des besoins. Les besoins ont à être le mieux possible identifiés en amont des choix budgétaires, de manière à ce qu'ensuite le budget puisse exprimer un choix de priorités dans les réponses apportées et traduise donc une stratégie collective.

Une régulation innovante : l'exemple de la procédure d'allocation des moyens aux établissements et services

On prendra ici le parti d'exposer plus en détail les innovations concernant la procédure d'allocation des moyens aux établissements et services, parce qu'elle est révélatrice d'une « marque de fabrique ».

Ainsi, le premier objectif poursuivi a été une **notification des crédits** le plus tôt possible dans l'année, en faisant en sorte que la date du 15 février soit scrupuleusement respectée, ce qui a été le cas depuis trois ans. C'est en effet la seule voie crédible pour permettre aux services déconcentrés de l'État de faire connaître aux gestionnaires d'établissements leurs moyens plus rapidement que par le passé.

Mais il fallait dans le même temps concevoir et mettre en œuvre un processus fondamentalement novateur, quant à la connaissance des besoins : ce sont **les PRIAC** (PRogrammes Interdépartementaux d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie).

Malgré quelques problèmes de démarrage, les PRIAC ont permis un changement fondamental de politique, avec le passage de l'offre de moyens à celui d'une réponse prioritaire aux besoins.

L'objectif poursuivi est en effet d'exprimer l'étendue du besoin d'accompagnement médico-social, dans une région, à horizon de quatre ans. L'évaluation des besoins doit pour cela s'appuyer sur les projections des schémas d'organisation départementaux, additionnées de tous les besoins qui n'apparaissent qu'à l'échelle de la région. Elle se nourrit d'études locales spécifiques, conduites de manière conjointe avec les conseils généraux. Elle s'appuie sur la concertation avec le milieu professionnel et associatif, notamment réunis au sein des CROSMS.

Les PRIAC doivent, conjointement, rendre lisibles les priorités régionales. En effet, si tous les besoins reconnus doivent faire l'objet d'une recension exhaustive, tous ne sont pas, à l'évidence, réalisables ou finançables dans l'immédiat. C'est la vertu d'un ordre optimal de réalisation, définissant, sur un plan territorial et thématique, les lignes prioritaires des réponses à apporter. Là encore, la perspective tracée est que ces priorités s'inscrivent au terme d'une démarche faisant une large place à la concertation, de manière publique et transparente. Du même coup, les PRIAC peuvent servir à orienter la répartition territoriale et thématique de l'ONDAM médico-social après son adoption par le Parlement, sachant que les besoins identifiés par les PRIAC doivent être complétés, sur proposition de la CNSA, par ceux, difficilement identifiables, au niveau régional. C'est le cas de ceux, plus minoritaires, qui n'apparaissent qu'au niveau plurirégional, voire national.

Les PRIAC peuvent alors guider l'engagement des **enveloppes anticipées**, de sorte que certaines actions définies comme prioritaires pourront recevoir par anticipation une autorisation d'ouverture avec une ou deux années d'avance. Le principe des enveloppes anticipées consiste en effet à autoriser tout de suite ce qui sera financé par les ONDAM des années postérieures. Cela n'a pas pour effet d'augmenter au total les crédits répartis, mais cela contribue à ce que les moyens attribués soient effectivement utilisés. À cette fin, le parti a été retenu d'un montant significatif pour ces enveloppes anticipées, pour conforter la crédibilité des programmations nationales et régionales, puisqu'annuel⁽¹⁾.

Il est également indispensable **de suivre la réalisation effective et les ouvertures des places nouvelles**, aussi bien dans chaque département et région que pour la France entière. Une remontée d'informations s'organise de telle manière que le suivi concerne, non pas seulement les autorisations de places, mais aussi toutes les places en fonctionnement réel, sans tenir compte de tout ce qui a pu se décider depuis deux ou trois ans et qui n'est pas encore sorti de terre. C'est en suivant la réalisation « effective » des places qu'on peut voir si les programmations sont bien faites⁽²⁾. Et c'est en suivant les coûts de réalisation effectifs qu'on peut savoir si les coûts prévus dans les plans sont réalistes ou non.

Enfin, il faut souligner l'innovation qui a permis d'inscrire dans les compétences de la CNSA **la possibilité d'intervenir de plein droit, chaque année, non seulement sur le fonctionnement des établissements, mais aussi sur l'investissement et sur la formation**, faisant du même coup de la CNSA, sur son champ de compétence, un opérateur global de l'accompagnement de l'offre médico-sociale.

Un Conseil vécu comme un espace public

Il importe ici de souligner le rôle particulier que joue le Conseil de la CNSA en tant qu'« espace public ». C'est la garantie d'association entière de l'ensemble des parties prenantes à la gouvernance.

Le Conseil de la CNSA représente une voie possible de confrontation de points de vue, grâce notamment à la transparence et à la qualité de l'information qui lui est transmise. Si l'observation est vraie selon laquelle nous avons besoin d'un débat public de qualité pour dessiner les priorités de l'action publique, sauf à se borner à des équilibres budgétaires de court terme, alors il y a une voie nouvelle pertinente dans la participation des partenaires sociaux et économiques, du monde associatif, des organismes

(1) 80% des crédits attribués à la création de places nouvelles sont ainsi engagés un ou deux ans avant le début de l'exercice.

(2) À titre de comparaison, la mise en œuvre d'un suivi de la réalisation effective dans le secteur sanitaire aurait pu mettre en évidence les différentiels trop souvent constatés entre lits autorisés et lits installés.

de protection sociale et de prévoyance et des élus locaux à la réflexion sur les priorités de l'action publique, aux côtés de l'État.

Les membres du Conseil, dans leur grande majorité, refusent la distinction, préconisée par certains points de vue, entre un conseil exécutif, qui serait limité aux financeurs et un conseil d'orientation ou de surveillance, simple lieu de débats et d'échanges.

Le Conseil reprend bien entendu les préconisations qui figurent dans son rapport d'octobre 2007, quant à sa composition et à son fonctionnement.

Le Conseil de la CNSA doit pouvoir continuer d'exercer la plénitude de ses compétences en articulation avec le comité de coordination du système de santé, dont la CNSA sera membre, ce dernier étant pour sa part chargé, par la loi en préparation, « du pilotage, de la coordination et de l'évaluation des agences régionales de santé ».

* Des progrès restent à faire

Après trois ans de fonctionnement de la CNSA, la plupart des outils fondamentaux sont en place ou en voie de l'être : les conventions d'appui avec les départements, les PRIAC et les enveloppes anticipées, les remontées et restitutions d'informations, même s'ils doivent encore progresser. En conséquence, l'action va pouvoir commencer à se structurer autour d'objectifs moins « instrumentaux », qui traduisent davantage les finalités de l'action de la CNSA.

Il convient néanmoins de consolider les outils mis en place. La connaissance précise des besoins reste un objectif majeur, elle devra même toujours faire l'objet de réflexions complémentaires et d'évaluations, notamment pour certains types de situations de handicap, pour ne pas verser dans l'illusion de maîtriser ce qui, par essence, n'est pas maîtrisable. Une attention déterminante doit être impérativement portée au **renforcement de la concertation autour des PRIAC, avec en particulier une articulation plus nette avec les schémas départementaux**, dans le cadre notamment des CROS-MS. Cela d'autant plus que l'outil PRIAC a été conçu pour permettre suffisamment en amont des réflexions prospectives concertées sur l'évaluation des besoins, sans se polariser sur le seul moment du renouvellement annuel des PRIAC. Le rôle des PRIAC devrait se trouver conforté par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires), y compris avec la mise en place des ARS (Agences régionales de santé).

De même restent regrettables, voire inacceptables pour certains, l'exécution insuffisante des crédits, le retard pris chaque année par la campagne de tarification, notamment pour ce qui a trait aux conventions tripartites, et les difficultés d'application de la démarche PATHOS⁽³⁾. **L'intégralité des excédents des exercices antérieurs doit être maintenue dans le budget de la Caisse et les sommes déjà prélevées doivent lui être réaffectées.**

Les membres du Conseil ajoutent ici **la nécessaire vigilance qui doit s'exercer lors des arbitrages budgétaires, pour que soient maintenus à hauteur des besoins le rythme et l'ampleur des créations de places et d'emplois**, tant à domicile qu'en établissement, financées notamment par l'assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM médico-social, ou par les départements qui souvent, faut-il le rappeler, cofinancent, sans oublier le développement de la qualité dans les structures existantes.

(3) Que vient compenser en partie la mobilisation de soixante formateurs PATHOS en 2009.

Quant aux progrès de ces dernières années dans l'aide à l'autonomie que s'est attachée à faire vivre pleinement la CNSA, ils en appellent de nouveaux, en raison de la forte pression des besoins à satisfaire. Les membres du Conseil de la CNSA soulignent, en particulier, ce que développe le rapport d'octobre 2007, les discontinuités et cloisonnements qui sont à la fois générateurs de complexité pour les personnes, de moindre qualité de leur prise en charge et de risque de rupture dans l'accès à leurs droits.

Dès lors, pour répondre à ces attentes et progresser en efficacité, deux orientations majeures guident la réflexion des membres du Conseil de la CNSA :

- ▶ la création d'un droit universel d'aide à l'autonomie ;
- ▶ la consolidation d'une gouvernance nouvelle, notamment pour résoudre la lourde question du retard d'exécution des crédits.

* La création d'un droit universel d'aide à l'autonomie

La création de ce droit universel fait l'objet du document d'orientation présenté le 28 mai 2008 par le gouvernement et d'une concertation engagée par le gouvernement depuis juillet 2008.

Le Conseil tient à rappeler ici, à l'occasion de la concertation actuellement conduite par les pouvoirs publics avec les acteurs concernés, les points principaux de la réforme attendue pour mettre en œuvre ce droit universel, tels qu'il les a retenus dans le rapport d'octobre 2007.

« Aide à l'autonomie »

Toute personne, quels que soient son âge, sa situation de handicap ou ses pathologies, et éprouvant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne (actes essentiels, activités domestiques, activités sociales) doit pouvoir bénéficier temporairement ou durablement d'un droit à compensation, le périmètre d'entrée à ce droit universel devant être encore précisé, suite aux travaux des groupes de concertation dont la mise en place a été annoncée par les ministres.

En choisissant les mots « aide à l'autonomie », les membres du Conseil ont voulu exprimer que parler du 5^e risque, c'est bien sûr penser aux difficultés des personnes très âgées, mais c'est tout autant accompagner les personnes en situation de handicap, quelle que soit la cause de cette situation. C'est tout autant faire preuve de solidarité active vis-à-vis de personnes dont la maladie a laissé des traces terrifiantes dans leur vie quotidienne.

À ce titre, doit être clairement défini ce qui relève du soin et de la perte d'autonomie. **Aider à l'autonomie, c'est répondre à un projet de vie.** Telle est l'une des orientations clés. Il est dès lors pertinent d'éviter d'employer le mot « dépendance », ou « risque dépendance ». À trop employer le mot « dépendance », on donnerait à penser qu'il s'agit seulement de faire au mieux pendant un certain temps, là où il s'agit de permettre la réussite d'un projet.

Une réponse personnalisée

Toute personne admise à ce droit universel à compensation doit bénéficier d'une évaluation multi-dimensionnelle de sa situation, dont l'objectif est de déterminer un plan de compensation personnalisé. Le Conseil souhaite affirmer que l'ensemble des ressources disponibles doit être mobilisé (aides humaines, techniques, animalières, entourage, logement, véhicule, offre de services...) afin que chacun, en fonction de sa propre situation, puisse accéder aux réponses le concernant dans sa singularité et sa spécificité.

Chaque situation de vie doit être reconnue en ce qu'elle a de propre, et la réponse apportée vaut pour chacun en particulier. Les membres du Conseil se sont tous reconnus dans cette idée d'une convergence des méthodes d'évaluation multidimensionnelle d'une situation partant des besoins de la personne, mais d'une différenciation des réponses, ce que le Conseil a nommé « **une convergence sans confusion** ».

Face à une situation de vie donnée, il s'agit de mobiliser une palette de réponses possibles, en « piochant » dans un référentiel de biens, de services et de prestations financières appropriées, quelle que soit la couverture sociale (prestation publique ou privée). C'est l'ambition du « plan personnalisé de compensation ».

Les dispositifs actuellement en vigueur (APA-PCH) méritent d'être améliorés à la lumière de cette nouvelle donne, l'universalité, afin de mutualiser ce qui fait tronc commun et de spécialiser des compétences en fonction des besoins spécifiques de chacun. Pour certains, on peut maintenir la diversité des termes pour les aides existantes, à condition que les modalités d'évaluation soient les mêmes. Pour d'autres, on doit rassembler sous le même vocable l'ensemble des prestations mobilisées, « la prestation personnalisée de compensation », pour marquer nettement le refus de voir une barrière d'âge conduire à des différences de réponses administratives. Cela étant, le Conseil a toujours veillé à ce que ses réflexions ne soient pas réductibles à une pure et simple fusion financière de l'APA et de la PCH, ce qui viderait de son sens l'ambition du droit recherché⁽⁴⁾.

Pour tous, la question se pose de l'ampleur des ajustements nécessaires des aides existantes et de la mobilisation pertinente des aides autres que l'APA et la PCH. Cela concerne par exemple la révision des limites d'emploi de la PCH et leur clarification, les personnes concernées et leur famille étant encore très souvent hors d'état d'opter pour la nouvelle prestation, faute d'éléments précis de comparaison avec l'ancien dispositif (AEEH et ACTP), ou la révision de certains plafonds de l'APA en évitant les effets de seuil, ou encore la maîtrise du reste à charge et la question du reste à vivre.

Un « droit universel »

Les membres du Conseil ont voulu exprimer que la première ambition collective doit être de garantir à tous nos concitoyens une réponse optimale lorsqu'il s'agit de compenser une situation d'autonomie altérée, et cela quelles que soient les modalités de son financement.

Concernant le financement de ce droit universel, **une majorité des membres du Conseil souhaite réaffirmer la place majeure de la solidarité collective via un financement public**, la perspective d'inscrire la solidarité pour l'autonomie dans le cadre de la sécurité sociale restant même une revendication première pour certains.

Mais si un financement contractuel et des mécanismes de prévoyance devaient être envisagés par les pouvoirs publics, **la majorité des membres du Conseil préfère alors nettement la prévoyance collective à la prévoyance individuelle**. Pour le Conseil, la prévoyance collective peut s'entendre dans

(4) Supprimer les « barrières et clivages » ne doit pas aboutir à une sorte de standardisation des réponses (qui risquerait fort de se faire « par le bas »), mais au contraire se traduire par :

- d'une part, une approche cohérente et des outils communs (sinon convergents) d'évaluation des besoins, sans se réduire à la seule mesure des incapacités et des limitations qu'elles peuvent entraîner dans l'autonomie personnelle et sociale, car il s'agit aussi de permettre d'identifier les aspirations et projets des personnes, y compris pour les personnes en très forte perte d'autonomie ;
- d'autre part, des paniers de biens et services, non pas « différents » mais différenciés : en effet, si on ne doit pas « standardiser » les services proposés aux plus ou moins de 60 ans et si on doit les différencier, il convient de rendre possibles un maximum de passerelles et de coopérations entre deux environnements (législatifs, institutionnels, professionnels, culturels) aujourd'hui excessivement cloisonnés.

son acception habituelle, c'est-à-dire issue de la concertation entre les représentants des employeurs et les représentants des salariés, mais aussi sous d'autres formes rendant l'accès à ce type de contrat plus accessible que par la simple adhésion individuelle.

Et cette option des pouvoirs publics doit renvoyer à une concertation approfondie qui doit porter sur :

- le niveau optimal de garanties à couvrir et les règles communes (évaluation, référentiels), qui devront être élaborés et respectés par tous les organismes complémentaires et assureurs, qu'ils soient publics ou privés. Cela renvoie à la définition précise du contenu du droit universel, c'est-à-dire le référentiel commun de biens, de services et d'aides financières. **On ne pourra recourir efficacement à la prévoyance que si, et seulement si, est clairement identifié un droit universel.**
- le partage de l'effort public entre la solidarité nationale et les financements locaux. **Les départements soulignent leur attente d'un partage à 50-50, stable dans le temps**⁽⁵⁾.

La prévoyance pose différentes questions à traiter par ailleurs, comme la portabilité des droits ou la question de son caractère obligatoire. Le débat reste à conduire, certains soulignant l'importance d'un choix libre.

Les ministres ont exprimé le 28 mai devant les membres du Conseil de la CNSA leur souhait de mettre en place, dans le cadre du 5^e risque, « *un véritable partenariat public-privé avec les organismes de prévoyance individuelle et collective* ». Pour réussir, un partenariat public-privé devrait s'appuyer sur le préalable d'outils communs, donc coélaborés par tous les acteurs concernés, de reconnaissance de la perte d'autonomie, notamment des référentiels communs et une information objective, tant sur les aides publiques que sur les contrats privés, en contrepartie du respect de critères de solidarité, dans le cadre d'un cahier des charges garantissant les choix éclairés de ceux qui voudront y souscrire. La CNSA constitue, par son Conseil, l'espace public permettant de mieux faire vivre l'ambition d'un tel partenariat⁽⁶⁾.

* La consolidation d'une gouvernance nouvelle⁽⁷⁾

S'appuyer sur une confiance partagée, sur la base de méthodes et d'outils communs, est l'orientation fondatrice pour une nouvelle gouvernance telle qu'elle a été proposée par les membres du Conseil dans leurs rapports successifs. Des choix peuvent être faits dans le cadre législatif existant et, de façon plus affirmée, dans la perspective du droit universel à un plan personnalisé de compensation.

(5) On sait aujourd'hui que la CNSA compense une partie de la dépense engagée par les conseils généraux, tant au titre de l'APA que de la PCH. Le Conseil de la CNSA rappelle ici que les conseils généraux demandent que la part de la CNSA représente, pour l'APA, la moitié des sommes engagées.

(6) Il s'agirait par exemple, avec la méthode retenue depuis trois ans associant tous les acteurs concernés pour construire et adapter différents outils, c'est-à-dire par un travail progressif de conviction et de construction partagées :

- d'élaborer et de valider les référentiels communs permettant l'évaluation par un dispositif commun (évaluation multidimensionnelle) et le déclenchement conjoint de la couverture publique et de la couverture par les organismes de prévoyance ;
- d'émettre un avis sur les clauses des contrats d'assurance s'inscrivant dans le cadre du partenariat public-privé ;
- d'assurer la transparence des données sur ces deux types de financement et les prises en charge qu'ils procurent, et de confronter et diffuser les bonnes pratiques d'évaluation des réseaux.

(7) Les acquis de ce qui a été mis en place depuis trois ans, mais aussi les insuffisances encore constatées, le rapport Gisserot, le rapport d'information de la mission sénatoriale, ou bien encore les conclusions des missions d'audit de la révision générale des politiques publiques (RGPP) incitent à revoir certains aspects de la gouvernance du dispositif institutionnel retenu depuis trois ans.

Gouvernance et champ d'action des MDPH

La Conférence nationale sur le handicap du 10 juin 2008 a mis en lumière l'inadaptation, par certains aspects, des conditions de fonctionnement des MDPH à leurs missions ; ainsi, le cadre juridique des GIP, s'il a permis transparence du fonctionnement et mise en place rapide en mutualisant les moyens, s'avère pénalisant au quotidien, notamment par l'instabilité des personnels mis à disposition.

Plusieurs aspects doivent être traités :

- s'assurer de la qualité et de la rapidité des décisions prises ;
- s'interroger sur le positionnement et le statut des personnels concourant au fonctionnement des MDPH, en examinant notamment la perspective consistant à les regrouper sous l'autorité du président du conseil général dans un cadre clarifié de détachement ou de recrutement direct ;
- garantir le rôle des associations, des organismes financeurs, en particulier les caisses de sécurité sociale du régime général, du régime agricole et des partenaires dans la gouvernance de la MDPH ;
- veiller toujours à l'indépendance et à la transparence des décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

À défaut de trouver une solution dans le cadre des GIP, **un point d'équilibre optimal ne pourrait-il pas être atteint si les MDPH se voyaient dotées du statut d'établissements publics administratifs départementaux, dès lors que la composition du conseil d'administration de ces établissements rendrait compte, outre l'autorité du conseil général, de la place des associations, des organisations syndicales, des organismes financeurs de la protection sociale et des partenaires ?**

À terme, il serait conforme au souhait de créer un droit universel d'aide à l'autonomie⁽⁸⁾ **que les MDPH évoluent en « maisons départementales pour l'autonomie » (MDA)** assurant le même service au bénéfice de l'ensemble des personnes requérant une aide à l'autonomie, quels que soient l'âge et la cause de la perte d'autonomie.

Dans l'attente de parvenir à un dispositif MDPH stabilisé dans tous les départements, les départements souhaitant anticiper la mise en place des MDA pourraient expérimenter une nouvelle organisation. Mais il est ici rappelé que **la loi ne doit pas brider la libre administration des collectivités locales**. Certains départements préfèrent, au nom de ce principe, une intégration des MDPH dans leurs propres services : la loi à venir devra trancher ce débat.

En tout état de cause, il serait souhaitable, pour des raisons de meilleure rationalité dans l'organisation des circuits de financement, que la CNSA concentre sur son budget l'ensemble des moyens nationaux d'accompagnement du fonctionnement des MDPH. Cette hypothèse, qui concernerait les crédits d'aide au fonctionnement et le financement des fonds de compensation⁽⁹⁾, n'est recevable qu'à la stricte condition d'un transfert réel des ressources correspondantes pour que l'opération ne soit pas l'occasion d'un désengagement de l'État.

(8) Le plan Alzheimer, annoncé le 1^{er} février 2008 par le Président de la République, prévoit l'expérimentation de « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer », pour lesquelles un appel à projets a été lancé à la mi-juillet. De son côté, le rapport d'octobre 2007 du Conseil de la CNSA envisage le rapprochement des dispositifs d'accueil en articulant, sous l'autorité des conseils généraux, MDPH et services destinés aux personnes âgées (CLIC, notamment) au sein de « maisons départementales de l'autonomie » (perspective reprise dans le document d'orientation des ministres, remis le 28 mai 2008 aux membres du Conseil de la CNSA). À noter que dans l'héritage des sites pour la vie autonome (SVA), dont certains gérés par la mutualité, certaines MDPH sont de fait dès aujourd'hui des « maisons départementales de l'autonomie » (MDA).

(9) D'autant que le programme 157 a été abondé ces dernières années par des crédits issus d'un fonds de concours alimenté par la CNSA.

Articulation des programmations départementales et régionales, voire nationales pour certaines situations

Au moment où les pouvoirs publics ont choisi d'inclure le champ médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) dans le périmètre des Agences régionales de santé (ARS), **la différence fondamentale entre le sanitaire, qui traite prioritairement de la maladie** (« to cure, soigner »), **et le médico-social, qui s'intéresse prioritairement à la personne**, sous l'angle de la santé mais aussi pour tous les besoins d'accompagnement, y compris social (« to care, prendre soin de »), **doit être présente à l'esprit.**

Cela induit des réponses qui, si elles doivent être mieux coordonnées, n'en sont pas moins différentes⁽¹⁰⁾. Les dispositions législatives et réglementaires devront prendre en compte la perspective d'espaces nécessaires de convergence entre le sanitaire, le médico-social et le social, tout en ne niant pas les spécificités des réponses apportées.

Il faut ici tout autant souhaiter que **la création des ARS permette de faire droit à une vision cohérente**, de telle manière que les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leur entourage ne disparaissent pas dans les interstices entre les responsabilités. La cohérence d'action et l'efficacité du médico-social obligent à une articulation avec le champ sanitaire. Il convient aussi de veiller à la meilleure articulation possible avec l'aide à domicile financée par le biais de la compensation individuelle (PCH, ACTP et APA).

Ainsi, les structures médico-sociales (EHPAD et MAS, notamment) ne doivent pas être considérées comme le « réceptacle naturel » de sorties hospitalières prématurées, ni d'opérations de conversion hospitalière, mais comme une réponse mieux adaptée. Les conversions doivent être accompagnées du transfert d'enveloppes équivalentes. Les ARS ne devraient aborder une éventuelle reconversion hospitalière vers le médico-social que sur la base de projets répondant à un besoin clairement identifié, conformément au droit commun, avec les exigences de qualité qui permettront de mobiliser les acteurs autour d'un projet porteur d'avenir. Il serait souhaitable, à l'occasion de la constitution des ARS, de procéder à l'intégration des schémas départementaux et des PRIAC dans un même cadre de programmation.

Cela souligne **la nécessaire coordination des politiques des conseils généraux avec les orientations retenues par les ARS**, sans oublier dans cette coordination les initiatives de l'Éducation nationale pour répondre aux besoins des enfants handicapés, les politiques concernant le logement (pour les personnes âgées comme pour les personnes en situation de handicap), le travail, l'urbanisme, etc. À cet égard, la composition du conseil de surveillance sera fondamentale pour croiser les différentes approches. Au total, il s'agit qu'au sein des ARS, le secteur du médico-social soit clairement identifié (chambre spécifique ou tout autre dispositif analogue) et que les futurs directeurs des ARS soient garants de cette spécificité.

Certains membres du Conseil auraient préféré que l'intégration du secteur médico-social dans le champ de compétence des ARS soit différée pour que soit préalablement ajustée l'articulation avec les conseils généraux, et que soit précisé également le champ du 5^e risque. À défaut d'un tel report, ils demandent instamment que le système de gouvernance envisagé soit revu, afin que soient associés à cette gouver-

(10) Dans les secteurs social et médico-social, l'accompagnement a généralement une durée beaucoup plus longue, le projet de vie de la personne ne se limitant pas à un projet de soins; les lieux de vie doivent être à taille humaine, les personnels doivent avoir des profils variés pour garantir la qualité et la complétude de la prise en charge.

nance tous les secteurs concernés (Éducation nationale, Travail, Culture et surtout conseils généraux), afin également que soit préservée la spécificité « *empowerment* » du secteur⁽¹¹⁾.

L'introduction, comme le prévoit la loi « hôpital, patients, santé et territoires », d'une commission de concertation sur l'articulation des politiques de santé, dont la première section réunirait l'ARS et les conseils généraux, est particulièrement nécessaire. Elle devrait aussi associer le conseil régional au titre des formations, les services de l'État dont les moyens contribuent à la prise en charge de la perte d'autonomie (Travail, Emploi, Éducation nationale et Logement, notamment), et la CNAV ainsi que la MSA au titre de leur action sociale et des aides financières qu'elles apportent.

Pour que les projets soient en phase avec l'analyse en amont des besoins, une procédure d'appel à projets à l'initiative de l'ARS ou à l'initiative conjointe de l'ARS et du conseil général, s'il s'agit d'une structure relevant d'une double autorisation, devrait s'y substituer, comme cela a déjà été initié dans quelques départements par des conseils généraux et des services de l'État. Une commission d'appel à projets associant les acteurs devrait être constituée, ayant pour mission d'assurer une transparence de classement des projets au vu des critères de la consultation, avant autorisation. Le Conseil souligne ici la nécessité de privilégier le mieux disant, et notamment le mieux disant social, et non le moins disant.

Cette procédure d'appel à projets ne doit pas se substituer à l'initiative et à l'innovation portées par des acteurs bien implantés dans les territoires mais les compléter, de même que les cahiers des charges devront inclure les principes d'inscription des services et des établissements dans leur environnement.

Pour certains membres du Conseil, la perspective d'introduire, dans le cadre de la procédure d'autorisation des institutions sociales et médico-sociales en lieu et place de la consultation des CROSMS, un dispositif d'appel à projets, ne peut être retenu sans risquer de déstabiliser toute la logique de la structuration de l'offre⁽¹²⁾. Pour eux, ce mode de régulation limite le rôle des acteurs engagés dans ce secteur à de simples prestataires de services. Il s'agirait d'une grave remise en cause des équilibres trouvés au sein de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, compte tenu de l'effet d'aubaine induit par ce mode de sélection des projets, qui favorise notablement les organismes s'inscrivant dans une logique de promotion immobilière⁽¹³⁾.

Une meilleure coordination entre les établissements et services pourrait être renforcée par la bonne utilisation des outils que représentent les contrats pluriannuels (CPOM) et les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux (GCSMS), en recherchant concomitamment les simplifications qui pourraient les rendre plus simples d'utilisation.

(11) Les personnes en situation de handicap ou de vieillesse ne sont pas des « patients », mais des citoyens appelés à conserver ou à reconquérir le maximum d'autonomie.

(12) Le secteur médico-social s'est construit sur une démarche en grande partie ascendante. Des acteurs de terrain détectent des besoins, construisent des projets de réponse et vont à la rencontre des pouvoirs publics en vue d'obtenir leur soutien. Cette démarche a permis l'innovation et la diversité des réponses apportées, compte tenu de la diversité des situations des personnes concernées. Le recours systématisé et obligatoire à des appels à projets remettrait en cause cette logique, les pouvoirs publics définissant les besoins à satisfaire et les réponses à y apporter. Il n'y aurait plus de place pour des projets ne se situant pas dans le cahier des charges.

(13) Par ailleurs, la mission effectuée aujourd'hui par les CROSMS ne peut en aucun cas être comparée avec le rôle que pourrait jouer une commission de sélection des projets, qui aurait comme seule fonction de classer les dossiers reçus en fonction de leur présentation et non de leur qualité intrinsèque.

La CNSA : vers un opérateur national de plein exercice

Les deux précédents rapports du Conseil de la CNSA ont souligné que toutes les conséquences pratiques n'ont pas été encore tirées de la création d'un opérateur national chargé, pour ce qui relève des compétences que lui a confiées le législateur et des objectifs figurant dans la COG, de la mise en œuvre de la politique de compensation de la perte d'autonomie.

Le partage des rôles respectifs est aisé à décrire : une administration centrale « stratège » en charge, sous l'autorité des ministres, de la conception et des principes de mise en œuvre des politiques, de l'élaboration des outils réglementaires prévus par la loi et de l'évaluation des résultats obtenus, et un opérateur national chargé de leur mise en œuvre, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'État. Cet effort de clarification est en cohérence avec les principes retenus dans le cadre de la révision générale des politiques publiques ; il doit maintenant se traduire concrètement par une revue détaillée des tâches et s'accompagner d'une identification des moyens humains et des redéploiements indispensables à l'exercice, par les services de l'État et la CNSA, de leurs missions respectives.

Le Conseil de la CNSA reprend bien sûr les orientations figurant dans son rapport d'octobre 2007, mais se propose d'identifier plus précisément quelques points décisifs de réforme.

Il en va ainsi de l'intérêt de confier à la CNSA un rôle plus net de maîtrise d'œuvre dans l'élaboration des référentiels que sont l'outil GEVA, la grille AGGIR ou l'outil PATHOS, en conduisant les concertations nécessaires avec tous les acteurs concernés.

Mais, dans le prolongement de ses débats, le Conseil de la CNSA souhaite surtout ici voir le rôle de la CNSA nettement plus affirmé quant au suivi des pratiques de conventionnement et de tarification, **pour mieux maîtriser le risque de sous-consommation de l'OGD.**

On rappelle que cette sous-consommation ne traduit pas une erreur d'estimation de départ, non plus qu'une surestimation des besoins. Pour que l'ensemble des moyens disponibles soient effectivement utilisés, la CNSA doit être en mesure, en interaction avec les DDASS (et demain les ARS), d'analyser et de piloter de façon précise les déterminants de la dépense, qu'il s'agisse des créations de places nouvelles ou de l'adéquation de la dépense constatée aux autorisations budgétaires.

La faiblesse du dispositif actuel appelle une meilleure coordination et un suivi de l'ensemble de ces projets et, au total, une pleine capacité de la CNSA dans l'animation du réseau des ARS. Elle doit également conduire à chercher une simplification de règles aujourd'hui devenues trop complexes.

En prolongement, un ensemble d'instruments opérationnels, aujourd'hui copilotés avec l'administration centrale qui les a initiés, voire pour certains encore gérés par l'administration centrale, doit faire l'objet d'une mise à plat dans le cadre de la RGPP afin de déterminer ceux qui devraient être clairement et entièrement de la responsabilité de l'opérateur, pour ce qui est de leur mise en œuvre technique, et ceux qui resteraient de la compétence de l'administration centrale : CPOM, promotion des GCSMS, GEM, formation et qualification des personnels (section IV du budget de la CNSA), modernisation de l'aide à domicile, aides à l'investissement, prévention du programme « bien vieillir », moyens de fonctionnement des MDPH hors personnel de l'État, suivi des ESAT⁽¹⁴⁾.

(14) Le choix a été fait d'intégrer les ESAT dans le périmètre de compétence des ARS, en dépit du fait qu'ils ne sont pas financés par l'OGD. Il se fonde sur la nécessaire continuité des planifications, quel que soit le financeur.

Les ARS devront, comme le font déjà aujourd'hui les DDASS-DRASS, être les partenaires de la CNSA (et de l'ANESM) dans un travail d'expertise et de réflexion. Elles devront apporter l'expérience de la réalité de terrain et expertiser la faisabilité pratique de mise en œuvre des référentiels et processus élaborés au plan national. Elles devront avoir une capacité à faire émerger des projets correspondant à ces référentiels. Le Conseil de la CNSA, assisté du Conseil scientifique, créera très rapidement une commission chargée d'élaborer des indicateurs sur les moyens nécessaires aux structures pour remplir leurs objectifs de qualité ainsi que toutes leurs obligations légales et réglementaires. Cette commission débutera ses travaux par les établissements pour personnes âgées, compte tenu des récentes modifications réglementaires les concernant.

Si la CNSA a manifesté un progrès certain dans la connaissance des données relatives à l'aide à l'autonomie et des moyens mobilisés pour y répondre (les remontées d'information des MDPH, le suivi des créations de places nouvelles et du conventionnement, etc.), son rôle est aujourd'hui insuffisamment affirmé. Or, la transparence vis-à-vis du Conseil et de ses différentes parties prenantes exige que soit rassemblée et organisée une information aussi exhaustive que possible sur l'ensemble du champ de la perte d'autonomie, y compris les données épidémiologiques.

Plutôt que de simplement « participer », comme le veut la loi, à la définition d'indicateurs, la CNSA devrait être chargée, de façon plus affirmée, « d'assurer », bien sûr avec les autres institutions et administrations compétentes, la définition des indicateurs et outils de recueil nécessaires à l'exercice des missions qui lui sont confiées, « d'organiser ces outils » et de mesurer et analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation.

Au total, et par-delà cet « inventaire » de procédures, l'orientation faisant de la CNSA « l'Agence du 5^e risque » ne vaudra que ce que vaudra l'appui apporté par la CNSA aux différents volets que sont les MDPH (demain les MDA ?) et les programmations médico-sociales, d'une même réponse en faveur des personnes ayant besoin d'une aide à l'autonomie.

En allant jusqu'à déléguer un pouvoir réglementaire à la CNSA complétant la compétence réglementaire générale des autorités centrales de l'État

Dans le document d'orientation qu'ils ont remis aux membres du Conseil le 28 mai 2008, les ministres ont évoqué la possibilité de reconnaître à la CNSA « un pouvoir réglementaire délégué et circonscrit, notamment en ce qui concerne les référentiels techniques et les règles de tarification »⁽¹⁵⁾.

Un État stratège, dans le cadre d'une subsidiarité bien comprise, doit pour l'essentiel fixer des orientations claires, assumer des arbitrages en toute transparence, exercer une compétence réglementaire générale, évaluer la conduite d'une politique, rappeler aux opérateurs les exigences de contrôle interne et de contrôle de gestion. Un « pouvoir réglementaire délégué » (ou des compétences d'attribution), en cohérence avec la clarification des rôles d'un opérateur national maître d'œuvre et d'une administration centrale maître d'ouvrage, ne doit pas empiéter sur ce qui relève des orientations politiques elles-mêmes, mais se concentrer sur les instruments pratiques liés à la mise en œuvre des politiques.

(15) C'est également ce que préconisait le rapport d'Hélène Gisserot.

Le transfert de ce « pouvoir réglementaire délégué » à l'opérateur serait ainsi de nature à permettre une élaboration plus transparente, et une adaptation des normes opposables plus rapide et plus en phase avec les pratiques et contraintes de terrain ⁽¹⁶⁾. Pour assurer le rôle de garant de l'État, ce pouvoir réglementaire délégué ferait partie des actes soumis à communication et approbation des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget.

Par exemple, la CNSA a pour mission de synthétiser les données quantitatives sur les versements effectifs, de fournir aux décideurs locaux les éléments qui leur permettent de se comparer, de diffuser les bonnes pratiques de gestion. Dès lors, la CNSA ne pourrait-elle pas, sur la base des éléments de suivi financier qui lui sont fournis, proposer aux pouvoirs publics les critères de péréquation nécessaires à une plus grande équité des financements ? Cela d'autant plus que les critères actuels demandent certainement à évoluer, comme l'a souligné le rapport d'étape de la mission d'information sénatoriale.

Aujourd'hui, le Parlement n'est amené à se prononcer que sur l'ONDAM médico-social, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. En contrepoint à cette délégation nouvelle du pouvoir réglementaire, et dans la logique de l'instauration d'un nouveau champ de la protection sociale, ne serait-il pas souhaitable que, par modification de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, il soit informé également, par une annexe supplémentaire, de l'ensemble des moyens concourant, par le biais du budget de la CNSA, au financement national du risque de perte d'autonomie ?

(16) Reste à déterminer les « compétences réglementaires » (ou, plus précisément, les formes d'instructions ou compétences d'attribution) qui pourraient être directement confiées à la CNSA : la question se pose pour les formulaires ; pour les nomenclatures ; pour les grilles d'évaluation de la perte d'autonomie (différemment selon que l'outil permet d'évaluer une situation ou un besoin, ou de déclencher un droit générateur de dépenses pour les pouvoirs publics – AGGIR, GEVA, PATHOS) ; les indicateurs médico-économiques des établissements et services résultant des obligations de la LOLF ou encore nécessaires aux services de l'État pour évaluer l'application des politiques : une « validation » réglementaire par l'État de ces outils ne devrait s'imposer que dans les cas prévus par la loi ou lorsque ces outils ont des conséquences sur l'équilibre des financements publics.



GLOSSAIRE

AAH	Allocation adulte handicapé
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
(AD)APEI	Association (départementale) des amis et parents de personnes handicapées mentales
ADF	Assemblée des départements de France
ADMR	Association du service à domicile
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AFPA	Association nationale pour la formation professionnelle des adultes
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologique groupe Iso ressources (grille d'évaluation)
AIS	Acte infirmier de soins (toilettes...)
ANAH	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
ANDASS	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des conseils généraux
ANESM	Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale
ANR	Agence nationale de la recherche
ANSP	Agence nationale des services à la personne
AP – HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé (future)
AVS	Auxiliaire de vie sociale (ou scolaire)
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale (ancien)
CESU	Chèque emploi service universel
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (ancien)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPO	Centre de préorientation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CROSM	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGME	Direction générale de la modernisation de l'État
DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail (anciennement CAT)
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEPEM	Fédération nationale des particuliers employeurs
FHF	Fédération hospitalière de France