

Mission de préfiguration de la CNSA

***Pour une prise en charge solidaire
et responsable de la perte d'autonomie***

Rapport présenté par MM. Raoul BRIET et Pierre JAMET

Avec le concours de Mikael HAUTCHAMP (IGAS)

Sommaire

PREMIÈRE PARTIE : CONSTAT ET DIAGNOSTIC	6
1.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP CONCERNE AUJOURD'HUI UN PUBLIC NOMBREUX ET REPRÉSENTE UN EFFORT FINANCIER CONSÉQUENT	7
1.1.1 <i>Ce dispositif concerne un public très nombreux vraisemblablement appelé à croître significativement dans les prochaines années.....</i>	7
1.1.1.1 Le nombre de personnes concernées est très significatif	7
1.1.1.2 Des prévisions qui font apparaître une augmentation des besoins.....	8
1.1.2 <i>Les dépenses publiques consacrées au handicap et à la dépendance soulignent l'effort de la nation pour la prise en charge de la perte d'autonomie.....</i>	9
1.2 CEPENDANT LES FAIBLESSES DU SYSTÈME NE LUI PERMETTENT PAS DE RÉPONDRE TOTALEMENT AUX BESOINS DES PERSONNES	10
1.2.1 <i>Le dispositif actuel, trop cloisonné, ne permet pas de donner une réponse satisfaisante aux besoins des personnes.....</i>	10
1.2.2 <i>Une sédimentation des dispositifs sans véritable logique d'ensemble et une répartition inégale des équipements.....</i>	12
1.2.3 <i>La séparation des dispositifs et des responsables selon le handicap ou la dépendance pose de nombreuses difficultés.....</i>	14
1.2.4 <i>Certains aspects du dispositif souffrent d'une insuffisance de suivi et de pilotage.....</i>	15
1.3 DE NOMBREUX PAYS EUROPÉENS S'ORIENTENT VERS UNE COMPENSATION INDIVIDUALISÉE ET, SON COROLLAIRE LOGIQUE, UNE GESTION DE PROXIMITÉ.....	16
1.3.1 <i>La place de plus en plus centrale réservée à la compensation individualisée.....</i>	17
1.3.2 <i>Une gestion de proximité privilégiée.....</i>	17
DEUXIÈME PARTIE : ORIENTATIONS.....	19
TROISIÈME PARTIE : PROPOSITIONS.....	24
3.1 LE DISPOSITIF LOCAL	24
3.1.1 <i>Les maisons départementales des personnes handicapées.....</i>	25
3.1.1.1 Organisation et pilotage.....	25
3.1.1.2 La commission des droits et de l'autonomie et les équipes d'évaluation.....	26
➤ Les équipes pluridisciplinaires d'évaluation.....	27
➤ La Commission des droits et de l'autonomie.....	28
3.1.2 <i>les compétences nouvelles des départements.....</i>	29
3.1.2.1 Une compétence de droit commun dans le secteur de la perte d'autonomie.....	30
3.1.2.2 les incidences du transfert et l'implication de l'Assurance maladie à l'égard des établissements.....	31
3.1.3 <i>Les modalités de la régulation locale.....</i>	33
3.1.3.1 Le rôle du comité départemental de solidarité pour l'autonomie et les obligations du département à son égard	33
➤ le rôle et la composition du comité départemental de solidarité pour l'autonomie (CDSA).....	33
➤ Les obligations du département à son égard	34
3.1.3.2 Une intervention renouvelée des services de l'Etat	35
3.2 LE DISPOSITIF NATIONAL	37
3.2.1 <i>Périmètre d'intervention de l'ANSA.....</i>	37
3.2.1.1 Le champ d'intervention de la caisse dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.....	38
3.2.1.2 Le champ d'intervention de la caisse dans le secteur de la prise en charge des personnes handicapées.....	38
3.2.2 <i>Mission de régulation de l'ANSA.....</i>	40
3.2.2.1 Veiller et contribuer à garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.....	40
➤ Aide aux usagers et aux acteurs locaux	40
➤ Suivi et évaluation des politiques menées au niveau local.....	41
➤ Structuration des actions de recherche et d'étude	42
3.2.2.2 Veiller à une répartition harmonieuse des équipements sur le territoire.....	42
3.2.2.3 Garantir l'utilisation au seul profit des personnes dépendantes des ressources dégagées.....	43
3.2.3 <i>La mission financière.....</i>	44
3.2.3.1 Mobiliser les financements.....	44

3.2.3.2	Transférer les ressources financières aux départements	47
➤	Les principes généraux de la répartition des financements	47
➤	Le contenu des enveloppes étage par étage.....	49
3.2.4	<i>Gouvernance de l'Agence nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	52
3.2.4.1	Une structure de pilotage sous la tutelle de l'Etat.....	52
3.2.4.2	Un mode de gouvernance original.....	52
CONCLUSION.....		55
ANNEXES :		
-	lettre de mission	
-	liste des personnes rencontrées	

Introduction

Par lettre de mission en date du 23 décembre 2003 (*jointe en annexe 1*), le Premier ministre a demandé à MM. Raoul BRIET et Pierre JAMET de mener les concertations nécessaires et d'émettre des propositions pour définir le périmètre précis des activités de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dont la création a été annoncée dans le plan d'ensemble de solidarité pour l'autonomie rendu public le 6 novembre 2003.

Il est prévu, dans ce plan d'ensemble, que la nouvelle structure, dont la création est prévue par voie législative pour collecter le produit du prélèvement de 0,3% de la masse salariale, soit en mesure de rassembler les moyens mobilisables par l'Etat et l'Assurance Maladie, d'en garantir l'utilisation au profit exclusif des personnes en situation de perte d'autonomie (handicapées ou dépendantes), de déléguer ces moyens financiers aux départements et de favoriser l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national.

Afin de recueillir les avis, idées, recommandations, réflexions et propositions les plus diverses, la mission a procédé à l'audition de très nombreuses personnes (*liste en annexe 2*) représentant, des associations de personnes handicapées, de personnes âgées, de gestionnaires d'établissements, de confédérations syndicales de salariés et d'employeurs, des administrations centrales et déconcentrées, des organismes de protection sociale ainsi que des personnalités de diverses origines, expertes en leur domaine.

La mission a également procédé à deux déplacements en région, l'un dans le département du Rhône et l'autre dans le département du Val-de-marne où elle a rencontré des élus départementaux, des directeurs de services déconcentrés de différents ministères, des personnels administratifs et médicaux des départements, des associations d'usagers et des directeurs d'établissements médico-sociaux.

La mission a établi un document d'étape qui a été soumis, à la fin du mois de mars aux principaux interlocuteurs de la mission, laquelle a recueilli leurs avis au cours de réunions de concertation, et s'en est inspirée pour rédiger le présent rapport final, qui, accompagné de plusieurs annexes, se présente en trois parties :

- la première établit un rapide diagnostic, accompagné d'un éclairage européen, de la situation française relative à l'organisation et à la qualité des dispositifs actuels de prise en charge des personnes en situation de handicap;
- la seconde présente les principes qui ont guidé les rapporteurs au cours de cette mission et les grandes orientations qui ont constitué le cadre de réflexion des propositions concrètes ;
- la troisième partie, la plus importante, présente en détail les propositions de la mission concernant à la fois le dispositif local centré sur le département et, en miroir, le dispositif national constitué autour de la CNSA, le rôle des services de l'Etat étant abordé à chacun de ces niveaux.

La mission n'avait vocation ni à se prononcer sur l'adaptation ou l'harmonisation des législations relatives aux personnes en situation de handicap, pas plus qu'elle n'avait à se prononcer sur le niveau pertinent du financement collectif alloué à cette fin. En revanche, elle a considéré que le volet institutionnel, à savoir le partage des responsabilités à organiser dans ce domaine, constituait un aspect fondamental du sujet et, à ce titre, il lui est apparu indispensable de lier, afin de proposer un schéma complet et cohérent, le niveau local et le niveau national.

Première partie : constat et diagnostic

Les efforts et les sommes actuellement consacrés à la prise en charge des personnes en situation de handicap sont importantes et couvrent de nombreux aspects de la vie des personnes, mais, dans une perspective prévisible d'augmentation forte à la fois des publics potentiellement bénéficiaires et de la demande de qualité et d'efficacité des prises en charge, l'ensemble des dispositifs s'avère aujourd'hui de plus en plus inadapté d'un triple point de vue :

- l'offre générale de services, de prestations et de places en établissements ;
- la qualité de la réponse à certains besoins (compensation du handicap notamment) ;
- l'organisation administrative du système qui n'est plus en mesure à répondre aux besoins fondamentaux des personnes en termes d'efficacité, d'effectivité et de rapidité de la décision.

Au fond, le dispositif actuel, dans son format et dans le volume des financements qui sont accordés, est relativement important, large et diversifié mais il est devenu insuffisant et le sera de plus en plus à l'avenir. Trop cloisonné pour permettre de donner une réponse adaptée aux besoins des personnes, il a été construit sans logique d'ensemble, et ne fait l'objet, à l'heure actuelle, ni de suivi ni d'évaluation. L'augmentation prévisible des besoins et la demande sociale accroissent la nécessité de l'adapter rapidement.

L'une des raisons de cette situation tient vraisemblablement au fait que le domaine de la dépendance, du handicap et de l'autonomie n'ont pas été identifiés dès l'origine comme un risque au sein de notre protection sociale, que les réponses apportées au fil du temps se sont caractérisées par l'empirisme. Cet empirisme a conduit à une sédimentation des législations, une juxtaposition des acteurs et des financements et, au final, une absence de structuration de la réponse que la collectivité nationale entend donner à cette question.

Par ailleurs, pour ce qui concerne le secteur des personnes handicapées, les dispositifs actuels reposent encore très largement sur des prestations uniformes accordées selon des grilles permettant de reconnaître, dans une optique largement médicale, un statut de personne handicapée.

Or, ce schéma uniforme et plus simple à gérer ne correspond plus à la totalité des besoins des personnes : ce qui est encore pertinent dans le domaine des revenus où l'attribution de prestations standardisées doit demeurer la norme, ne l'est plus dans le domaine de la compensation en nature de la quête d'autonomie qui requiert, *a contrario*, une évaluation individuelle des besoins et des prestations adaptées au niveau le plus fin, c'est à dire au cas par cas des individus. Cette nouvelle logique de la prise en charge des personnes handicapées est également rendue nécessaire lorsqu'il s'agit de promouvoir

l'intégration des personnes dans la société à l'instar du mouvement général en ce sens en Europe¹.

1.1 La prise en charge des personnes en situation de handicap concerne aujourd'hui un public nombreux et représente un effort financier conséquent

Les risques liés au handicap, à la dépendance, à la perte d'autonomie représentent aujourd'hui des enjeux considérables, de par le nombre considérable de personnes concernées et les dépenses que la collectivité nationale engage à ce titre, qui sont appelés à s'accroître fortement dans les années à venir.

1.1.1 Ce dispositif concerne un public très nombreux vraisemblablement appelé à croître significativement dans les prochaines années

1.1.1.1 Le nombre de personnes concernées est très significatif

Bien qu'il faille noter, une réelle incertitude quant aux chiffres relatifs aux personnes en situation de handicap, il est possible de rendre compte du nombre de bénéficiaires des prestations sociales liées au handicap et à la dépendance.

Handicap, autonomie, dépendance : définitions

La sémantique du domaine des personnes en situation de handicap (quel que soit leur âge) est riche, polysémique et source parfois d'ambiguïtés.

Concernant tout d'abord le handicap, il est à noter que ce terme a été consacré par la loi d'orientation de 1975, sans qu'une véritable définition en ait été donnée, ce qui a conduit à ce que ce terme désigne, *de facto*, la reconnaissance administrative notamment par les COTOREP et CDES, avec les prestations spécifiques qui l'accompagne. De son côté, pour clarifier les idées et les concepts, l'Organisation Mondiale de la Santé a adopté une classification internationale des handicaps (CIH), remplacée en 2001 par la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), qui montre que le handicap comporte plusieurs dimensions liées d'une part à l'organisme mais aussi aux activités et à la participation. Le handicap doit donc s'analyser en termes de :

- déficiences (liées à l'organisme),
- limitations d'activité (liées à des incapacités de faire telle ou telle tâche)
- restrictions de participation (qui sont des difficultés éprouvées par une personne liées notamment par l'environnement).

Le terme de dépendance, quant à lui, est souvent employé pour caractériser celles des personnes âgées qui ont des difficultés, mesurées par différents indicateurs (indicateur de KATZ, de COLVEZ, grille AGGIR), pour mener de façon autonome, leur vie quotidienne. Ce dernier terme apparaît aujourd'hui mal accepté par les personnes âgées et leur représentants.

La mission a donc choisi, pour la suite du rapport d'utiliser en priorité l'expression de « personne en situation de handicap, quel que soit son âge » ou, à défaut, de personne en perte ou en quête d'autonomie. Toutefois, pour la lisibilité de certains passages du rapport, ou lorsqu'il s'agit d'expressions consacrées (par exemple, établissement d'hébergement pour

¹ Voir le rapport 2003-120 de l'IGAS par Didier NOURY et Patrick SEGAL « étude d'administration comparée sur les dispositifs de compensation du handicap en Europe, rapport de synthèse ».

personne âgée dépendante) les termes de personne handicapée ou de personne âgée dépendante seront utilisés.

Concernant les personnes âgées dites dépendantes, l'annexe A du PLFSS 2004 retrace, sur la base notamment des travaux de la DREES, le nombre des bénéficiaires des prestations sociales liées à la dépendance qui sont délivrées essentiellement par les conseils généraux : en 2002, le nombre de bénéficiaires s'élève à 816 000 dont 380 000 à domicile et 430 000 en établissements. Le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère de la CNAV (essentiellement GIR 5 et 6) s'élève en 2003 à 240 000 personnes. De façon encore plus récente, une étude de la DREES montre qu'au 31 décembre 2003, environ 790 000 personnes bénéficient de l'APA.

Concernant les personnes handicapées, les chiffres qui peuvent être avancés dépendent dans une large mesure du périmètre de comptabilisation choisi. Selon la brochure « le handicap en chiffres », produit par le CTNREHI, la DREES et la DGAS, il existerait sept populations handicapées selon le degré de déficience déclarée et/ou administrativement reconnu. A partir du « noyau dur » des personnes handicapées évalué à 1,2 million, parmi lequel 753 000 bénéficiaires de l'AAH, l'extension maximale de comptabilisation concerne environ 12 millions de personnes. Cette estimation résulte de l'enquête « handicap incapacités dépendance » (HID) qui a été réalisée sur un échantillon très large et selon une vision transversale des questions de perte d'autonomie et d'incapacités. Elle permet d'avoir des données sur l'ensemble du champ sans avoir à distinguer en fonction de catégories administratives (personnes handicapées, personnes âgées dépendantes). Les résultats de l'enquête² montrent que 42% des personnes vivant à domicile déclarent une déficience qui peut être d'origine très diverse et plus de 20% déclarent une incapacité.

Une des grandes leçons de cette enquête est de montrer que la notion de « handicap » recouvre en fait une palette de situations humaines très diverses, avec une échelle étendue de gravité du handicap. Le handicap touche en effet une part de la population beaucoup plus importante que ne le laisserait supposer la notion de « personne handicapée » au sens de la reconnaissance administrative du phénomène par le « guide barème ». Ce résultat plaide également pour la mise en place de dispositifs fondés sur une logique de compensation individualisée.

1.1.1.2 Des prévisions qui font apparaître une augmentation des besoins

Les dernières études de l'INSEE et de la DREES concernant l'évolution de la population en situation de dépendance montrent une augmentation sensible de la part de la population souffrant de dépendance liée au vieillissement de la population. Selon la dernière projection disponible de l'INSEE³, la France comptera en 2020, environ 17 millions de personnes de plus de soixante ans, soit 1,4 fois plus qu'en 2000.

² Voir P. MORMICH et le groupe HID, le handicap se conjugue au pluriel, INSEE première, N°742, octobre 2000 et le numéro spécial de la revue française des affaires sociales (RFAS), N° 1-2 janvier juin 2003.

³ Chantal BUTEL, « Projections de la population à l'horizon 2050 », *Insee première*, n°762, mars 2001, Insee

Cette augmentation de la part de la population âgée de plus de soixante ans ne permet pas de conclure immédiatement à une augmentation de la part des personnes dépendantes comme en témoigne la tendance baissière du taux de prévalence de la dépendance avec l'âge depuis les années 90. Cependant, les études récentes de la DREES⁴ montrent que cette incertitude n'est pas en elle-même susceptible d'équilibrer le phénomène de vieillissement de la population et que, quels que soient le scénario et les hypothèses retenues, le nombre de personnes en situation de dépendance va augmenter à un rythme élevé : le scénario optimiste prévoit une augmentation de 18 % du nombre de personnes dépendantes de 60 ans et plus entre 2000 et 2020 et le scénario pessimiste table sur une augmentation de 33%.

Concernant la prévalence des incapacités quel que soit l'âge, il apparaît très difficile d'en donner une évaluation prévisionnelle vu le faible nombre d'études et d'analyses. Cependant, un faisceau d'indices tend à indiquer que le pourcentage de la population souffrant d'incapacités pourrait ne pas baisser et même s'accroître du fait du vieillissement de la population (y compris des personnes handicapées), des phénomènes d'isolement et d'éclatement des familles, de la persistance de handicaps liées à des maladies invalidantes et des progrès médicaux à destination des grands accidentés, sans compter les incidences possibles de l'augmentation du taux d'activité aux âges élevés.

Par ailleurs, il existe aujourd'hui une demande sociale pour des besoins qui ne sont que partiellement satisfaits, à l'instar de la prise en charge de la compensation du handicap qui nécessite une évaluation personnalisée formalisée dans un plan d'aide. La perspective de remédier à ces manques en créant, ainsi que le projet de loi sur l'égalité des chances des personnes handicapées le prévoit, un dispositif d'évaluation individuelle et de prestation de compensation du handicap, va sans doute induire une demande sociale accrue et des besoins supérieurs à la fois financiers et en personnels dédiés qui appellent dès aujourd'hui, en même temps qu'un financement collectif supplémentaire, une nouvelle organisation institutionnelle.

1.1.2 Les dépenses publiques consacrées au handicap et à la dépendance soulignent l'effort de la nation pour la prise en charge de la perte d'autonomie

A titre liminaire, il convient de rappeler l'incertitude qui pèse sur les chiffres globaux de dépenses publiques consacrées à la dépendance et au handicap du fait des difficultés à comptabiliser avec précision les publics et les populations. S'y ajoutent des incertitudes liées aux différences de périmètres de comptabilisation. Il existe cependant un certain nombre de sources concordantes qui présentent des chiffrages globaux permettant d'avoir une approche des dépenses consacrées à ce sujet.

En premier lieu, le compte social du handicap extrait des comptes de la protection sociale et présenté par la DREES⁵, donne une évaluation globale des dépenses consacrées au handicap qui s'élèvent en 2002 à 27, 446 Milliards d'euros en incluant les prestations d'accidents du travail, soit 6,2 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale. En excluant les dépenses relatives aux accidents du travail, les prestations du budget social consacré au handicap s'élèvent à 21, 308 Milliards d'euros. La dynamique

⁴ DREES, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » Etudes et résultats, n°160, février 2002

⁵ DREES, études et résultats n° 291 « le compte social du handicap de 1995 à 2002 »

de ces dépenses est forte avec un taux de progression annuel en termes réels de 2,3% entre 1995 et 2002. Au sein de cet ensemble, les postes les plus dynamiques entre 1995 et 2002 sont les rentes d'invalidité (+5,5%), l'AAH (+ 4,1 %) et les prestations médico-sociales⁶ (+ 3,6%). Le rapport du Sénat n° 369 sur la politique de compensation du handicap de juillet 2002 estime que l'ensemble des prestations sociales consacrées au handicap est de 24,7 milliards d'euros.

Concernant la prise en charge de la dépendance, même si la mission n'a pas eu connaissance de chiffrage global du secteur, il est possible d'en reconstituer les enjeux financiers à partir des grands postes de dépenses, en millions d'euros :

<i>Poste de dépense « dépendance »</i>	<i>Montant</i>
Forfaits soins aux établissements d'hébergement pour personne âgée dépendante	2 789
SSIAD	838
APA ⁷	3 560
Total	7 187

1.2 Cependant les faiblesses du système ne lui permettent pas de répondre totalement aux besoins des personnes

Le système actuel de prise en charge de la perte d'autonomie connaît d'importantes faiblesses liées aux cloisonnements entre les acteurs, les prestations, les publics (selon des seuils liés à l'âge) et, pour certains aspects, à une absence de pilotage et de responsabilité clairement établie, qui limitent sa capacité à répondre de façon satisfaisante aux besoins des personnes.

1.2.1 Le dispositif actuel, trop cloisonné, ne permet pas de donner une réponse satisfaisante aux besoins des personnes

Les personnes en situation de handicap n'obtiennent pas de façon satisfaisante leurs réponses du fait des cloisonnements et des lourdeurs de gestion du système.

En premier lieu, le nombre et la complexité des démarches administratives nécessaires pour obtenir la reconnaissance effective des droits constituent, à l'heure actuelle, pour les personnes en situation de handicap, un véritable obstacle. Il existe ainsi des lieux de décisions multiples répartis entre l'Etat (COTOREP et CDES notamment), les départements (pour l'ACTP par exemple), les organismes de sécurité sociale, les sites pour la vie autonome, les mutuelles, l'AGEFIPH, etc. Cette hétérogénéité des lieux, des acteurs voire des règles de prise en charge constitue une source notable de difficultés pour les personnes en situation de handicap et leurs familles.

⁶ Le poste « prestations médico-sociales aux personnes handicapées » correspond aux dépenses prises en charge par l'assurance maladie pour le financement des établissements accueillant des enfants et des adultes handicapés

⁷ Ce chiffre provient de la DGCL dans son étude : « les finances des départements, budgets primitifs 2003 ». Il inclut le reliquat de dépenses au titre de la PSD (200 millions d'euros). L'APA représente environ 20% des dépenses d'aide sociale des départements.

En outre, le système actuel ne permet pas aux personnes en situation de handicap de disposer d'un lieu accessible d'écoute, d'accueil, d'information, de pré-orientation pourtant indispensable dans des situations sociales difficiles. Certes, les CLIC, pour les personnes âgées et les sites pour la vie autonomes, pour les personnes handicapées, ont vocation à remplir cette fonction mais leur taille et leur nombre sont trop faibles et leur fragilité trop grande pour constituer une réponse satisfaisante et pérenne.

Enfin, les sources d'information sur les aides techniques sont excessivement disparates, ce qui ne facilite pas pour les personnes en situation de handicap le choix de celles-ci, ni une prise de décision en toute connaissance de cause. Cette absence de source unifiée sur l'offre disponible d'aides techniques nuit également aux personnes en situation de handicap, dans la mesure où les professionnels chargés de conseiller ou de prescrire ces aides ne disposent pas eux-mêmes d'une information, lisible fiable et exhaustive, ce qui peut conduire à ce que les usagers ne se voient pas prescrire ou conseiller un produit simplement parce que le professionnel ignore lui-même l'existence de ce produit.

S'agissant des personnes handicapées, l'organisation administrative actuelle ne leur offre pas toute la qualité de service qu'elles sont en droit d'en attendre. De fait, plusieurs éléments concourent à cette faiblesse, au nombre desquels, il faut compter :

- les délais d'attentes parfois très longs (6-8 mois) entre le dépôt de la demande en COTOREP et la décision ;
- l'absence de suivi des décisions qui entrave toute perspective d'une réponse effective aux besoins des personnes. Ce point est d'ailleurs à relier aux difficultés des systèmes informatiques des COTOREP et des CDES qui ne sont pas reliés entre eux ;
- l'absence fréquente, pour ne pas dire systématique, d'audition des personnes, qui constitue pourtant une condition essentielle des droits des usagers à être en capacité d'exprimer leurs choix et à être entendues ;
- l'absence d'évaluation des besoins des personnes à leur domicile même qui, pourtant, est seul de nature à permettre de prendre des décisions répondant aux besoins généraux des personnes au regard de leurs environnement.
- la répartition des moyens dont disposent les COTOREP est très inégale sur le territoire alors même qu'il s'agit de structures gérées et financées par l'Etat : selon le rapport d'information de l'Assemblée Nationale présenté par M. P. FORGUES (2000), le ratio entre les effectifs administratifs et le nombre de dossiers varie d'un département à l'autre, de un à six et de un à seize concernant les seuls personnels médicaux.

Enfin, le dispositif actuel ne permet pas non plus de répondre aux besoins des personnes sur deux points qui ressortissent tous deux au volume insuffisant du financement des aides techniques et des aides à la personne.

Concernant les aides techniques, les financements actuels qui proviennent de la sécurité sociale lorsque ceux-ci sont inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP, ex-TIPS) ne permettent de couvrir que 50% environ de la charge financière, le reste demeurant à la charge d'autres financeurs comme les conseils généraux, les associations d'usagers ou caritatives, les mutuelles, l'AGEFIPH ou des personnes en situation de handicap elles-mêmes et de leur famille selon un système éclaté.

Pour les aides à la personne, l'actuelle ACTP ne permet de financer, en moyenne que 2 h 30 par personne handicapée, ce qui est souvent trop peu. Les dispositifs relatifs à la prise en charge des personnes les plus lourdement handicapées, qui fonctionnent sur la base de forfaits distribués par les DDASS permettent certes de compléter l'ensemble mais demeurent eux aussi insuffisants.

1.2.2 Une sédimentation des dispositifs sans véritable logique d'ensemble et une répartition inégale des équipements

Le système actuel de prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie est composé de nombreuses prestations, d'une diversité d'établissements et de services, d'un grand nombre d'acteurs et de modalités de financement dont la construction n'a répondu à aucune logique d'ensemble mais, tout au contraire, à une sédimentation progressive des dispositifs, accumulés les uns à la suite des autres, sans que ceci n'ait répondu à une véritable exigence d'unité et de cohérence.

Cette construction historique au fil de l'eau a conduit à une dispersion des efforts et des acteurs qui, non seulement ne trouve plus à l'heure actuelle de justification évidente mais qui, en outre, place les usagers dans la situation de devoir effectuer, pour leur prise en charge, des parcours dictés bien plus par une logique de partage de responsabilités et de charges de financement, que par la satisfaction de leurs besoins.

Ainsi, le partage des responsabilités à l'égard des établissements entre les entités publiques (Etat, Assurance maladie, départements) est aujourd'hui difficile à justifier sur certains points et engendre des difficultés pour les bénéficiaires.

A cet égard, le parcours d'une personne handicapée qui aurait besoin d'être prise en charge dans un établissement tout au long de sa vie, comporte différentes étapes :

- de l'IME ou de l'IR financés par l'Assurance maladie jusqu'à 20 ans ;
- vers un CAT si elle est en mesure de travailler, financé par l'Etat (DDASS), pour le fonctionnement et DDTEFP pour la GRTH) associé à un foyer d'hébergement financé par le département ou vers une MAS (financée par l'assurance maladie) ou un FAM (financé par l'Assurance maladie et le département) jusqu'à 60 ans ;
- puis vers un EHPAD (financé par l'Assurance maladie et le département, mais tarifé en partie par l'Etat, représenté par la DDASS), ou une USLD (financé par l'assurance maladie et le département mais tarifé en partie par l'ARH).

Cette multiplication des responsables manque à l'évidence de logique et de cohérence et, surtout, induit des ruptures de prises en charge à l'image de celles qui existaient entre établissements pour enfants handicapés et établissements pour adultes handicapés avant l'amendement dit CRETON, lequel a certes permis de régler transitoirement des situations mais ne peut constituer une véritable solution pérenne.

De même, le financement intégral de l'éducation spécialisée au titre de la prise en charge des enfants et des adolescents dans les établissements médico-éducatifs, qui sont financés sur des crédits votés dans le cadre de l'ONDAM médico-social peut aujourd'hui être perçu sinon comme une « charge induite » de l'assurance maladie, du moins comme un mode de financement qui correspond mal à la vocation du financeur,

puisque la part des soins dans ces établissements ne représente en moyenne qu'une part minoritaire des dépenses⁸.

De même, la distinction originelle entre Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et Maison d'accueil spécialisée (MAS) n'apparaît pas aujourd'hui totalement pertinente. Si, à l'origine, la différence entre un financement intégralement assuré par l'assurance maladie dans le cas des MAS, et partagé avec le département dans le cas des FAM (ex-FDT), se justifiait par la plus grande médicalisation des MAS et des besoins des publics qu'elles accueillait, cette distinction apparaît aujourd'hui très largement estompée, les publics accueillis se recoupent désormais le plus souvent, et la part du personnel médical et paramédical similaire⁹.

Cette répartition sur des bases historiques n'est pas critiquable en soi mais seulement dans la mesure où cette différenciation des financeurs introduit une complexité qui entrave la vision d'ensemble et la capacité des acteurs à mener des politiques d'ensemble. Elle introduit, de plus, des effets négatifs importants lorsque plusieurs entités financent les mêmes structures du fait du risque de volontés non partagées et de positionnements différents des acteurs. Pour les porteurs de projets enfin, une telle distinction conduit à des difficultés certaines, liées notamment aux cofinancements, aggravées les incohérences du calendrier budgétaire de chaque acteur, qui engendrent un retard pour la réalisation concrète du projet.

Enfin, cette séparation des financeurs est également susceptible de ralentir la mise en œuvre de réformes visant à la modernisation de structures ou de dispositifs à l'instar des conventions tripartites nécessaires de la tarification ternaire pour créer des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont la montée en puissance est ralentie¹⁰, notamment, par les difficultés structurelles liées d'une part aux difficultés intrinsèques de la répartition des dépenses selon les trois sections et, d'autre part, à la séparation entre les financeurs.

Le système de prise en charge actuelle des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge apparaît également inadapté, en termes de réponse aux besoins des personnes du fait de la répartition très inégale des équipements sur le territoire dont une partie non négligeable relève de la responsabilité de l'Etat. Deux études récentes de la DREES¹¹ montrent en effet que les établissements d'accueil pour personnes âgées et les établissements d'accueil pour enfants handicapés connaissent une répartition inégale selon les régions et les départements.

⁸ Selon la CNAMTS, dans une étude remise à la mission, la décomposition des dépenses des établissements pour l'enfance inadaptée serait la suivante : hébergement 40%, soins 30%, dépendance 20%, éducation et formation 10%.

⁹ Ainsi l'étude de la décomposition des catégories de personnels entre ces deux types de structures montre que le personnel médical et de psychologues est le même (2 % de la masse totale) entre MAS et FAM ; le personnel paramédical représente un pourcentage similaire de la masse globale de personnels (27 % pour les MAS et 29 % pour les FAM) ; seul le pourcentage des aides médico-psychologiques (AMP) est sensiblement différent : 25% dans le cas des FAM et 32% dans le cas des MAS. Ces chiffres sont issus de la DSS.

¹⁰ Les données fournies par la mission MARTHE révèlent qu'au 1^{er} janvier 2004, seulement 25% des établissements concernés ont signé des conventions tripartites.

¹¹ « Les places dans les établissements pour personnes âgées dépendantes en 2001 et 2002 », n° 263, octobre 2003 et « les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 2001 », n° 288, février 2004.

- Concernant les établissements pour personnes âgées – dont l'enquête HID montre que ce sont les personnes les plus âgées et les plus dépendantes qui constituent la majorité des résidents -, si le taux moyen de places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus est de 152 en métropole, le taux varie de 56 en Corse du sud à 269 en Lozère, et que le sud de la France (PACA, Languedoc-Roussillon) est beaucoup moins bien équipé que le nord-ouest (Pays de Loire, Bretagne, Normandie). Cette inégale répartition vaut également pour les Unités de soins de longue durée (USLD) ;
- Concernant les établissements pour enfants et adolescents handicapés, le constat d'une répartition inégale est similaire, avec un taux de places pour 1000 habitants de 0 à 19 ans de 6 en Ile de France à 12 en Midi-Pyrénées, sans parler des inégalités à l'intérieur d'une même région. Cette répartition conduit d'ailleurs à une situation peu satisfaisante dans laquelle 14% des enfants et adolescents sont accueillis dans des établissements localisés dans des départements où ne résident pas leurs parents.

Par ailleurs, l'organisation du système actuel de prise en charge de la perte d'autonomie repose parfois, dans des secteurs pourtant fondamentaux de l'aide, de l'information, de la personnalisation des réponses sur des structures qui sont, en termes de taille et de viabilité, peu adaptées à l'ampleur du problème.

A cet égard, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) manquent des moyens nécessaires à un fonctionnement adéquat. De même, les sites pour la vie autonome (SVA) apportent souvent une réponse indispensable aux besoins et aux demandes des personnes en situation de handicap dans l'information et le conseil, entre autres, sur les démarches nécessaires ou le matériel disponible. Cependant, ils n'existent pas dans tous les départements ; ils sont composés d'acteurs et d'équipes très différents d'un département à l'autre, ne traitent qu'une part faible du public potentiel et fonctionnent avec des moyens inadaptés (contrats précaires, bénévolat) et parfois à la limite des règles comptables, reposant plus sur la bonne volonté des intervenants que sur une base organisée avec un financement suffisant et pérenne. L'acquis de ces expériences doit être conservé et valorisé mais dans un cadre stabilisé et généralisé qui soit à même de leur conférer une dimension plus adaptée aux problèmes à résoudre.

1.2.3 La séparation des dispositifs et des responsables selon le handicap ou la dépendance pose de nombreuses difficultés

Les politiques de prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie se sont construites à partir de traditions et de logiques différentes selon que la personne en question est âgée de moins de soixante ans - elle est alors une « personne handicapée », ou de plus de soixante ans - en ce cas, elle est une « personne âgée dépendante ». Cette séparation des publics a abouti à ce que ceux-ci bénéficient d'une prise en charge différente – hormis quelques dispositifs qui bénéficient selon des proportions différentes aux deux comme, notamment, les SSIAD, les auxiliaires de vie, l'ACTP, l'aide à domicile - qu'il s'agisse des prestations, des établissements, des financeurs et des entités administratives chargées de gérer ce système.

Or cette séparation des personnes en perte d'autonomie selon un critère d'âge non seulement ne trouve pas de justification évidente mais, en outre, crée, pour certaines personnes, des situations difficiles liées en particulier à des effets de seuil.

Le seuil de 60 ans, en particulier, ne trouve plus aujourd'hui de justification véritablement convaincante car il correspond essentiellement aux règles du code de la sécurité sociale concernant l'âge minimum de la retraite, alors que, d'un point de vue à la fois statistique et médical, l'âge de soixante ans n'est pas déterminant en ce qui concerne la perte d'autonomie (liée au vieillissement) des personnes – les différentes enquêtes, dont l'enquête HID, montrant que les incapacités et les difficultés à accomplir des actes essentiels de la vie quotidienne sont rares avant 80 ans¹². D'autre part, l'âge de soixante ans ne correspondra plus à terme à l'âge de cessation d'activité.

En second lieu, cette séparation des bénéficiaires peut être source d'inégalités et de difficultés quotidiennes pour les personnes liées à des effets de seuil et de ruptures de prise en charge. Ainsi, le choix du bénéfice de l'APA pour des personnes en situation de handicap à partir de soixante ans est susceptible d'entraîner des difficultés dans la prise en charge y compris au niveau des montants financiers en jeu. Or le nombre de personnes handicapées vieillissantes, aujourd'hui en forte progression, posera avec encore plus d'acuité la question des effets du seuil de 60 ans.

Le seuil des 20 ans n'apparaît d'ailleurs pas plus justifié de nos jours, ne correspondant pas non plus à l'âge de la majorité.

A cet égard, la mission constate que le dispositif proposé en partie 3 tend à rapprocher, en termes d'organisation institutionnelle, les dispositifs de prise en charge des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge même si, d'une part, un nombre encore important de dispositifs continueront d'obéir à des logiques distinctes et, d'autre part, il n'entraîne pas dans le périmètre de la mission de réfléchir à l'harmonisation de l'ensemble des législations relatives aux personnes en situation de handicap.

1.2.4 Certains aspects du dispositif souffrent d'une insuffisance de suivi et de pilotage

Le dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie quoique encore récent puisque il a été créé en 2001, apparaît aujourd'hui exemplaire à un double titre : il instaure une prestation moderne de compensation qui répond aux besoins des personnes, mais il est également représentatif d'une compétence transférée à une collectivité territoriale qui n'a pas fait l'objet d'un suivi, d'un pilotage et d'une évaluation suffisants, tant au niveau local que national.

En effet, dans l'ensemble des prestations sociales accessibles aux personnes en perte d'autonomie, l'allocation personnalisée d'autonomie représente une prestation sociale d'un nouveau genre construite autour de l'évaluation des besoins des personnes

¹² Voir l'enquête HID et les différentes études de la DREES à partir de cette enquête et, notamment : « difficultés à se déplacer et problèmes d'accessibilité : une approche à partir de l'enquête HID », n°306, avril 2004, qui montre que les difficultés à se déplacer aux abords du lieu de vie se concentrent très majoritairement sur la tranche d'âge qui commence à 80 ans.

dans leur environnement de vie. Elle permet, grâce à une grille nationale, d'accorder des prestations adaptées retracées dans un plan d'aide individualisé. Ce dispositif de l'APA, construit sur les fondements de la PED¹³ et de la PSD qui avaient rapidement montré leurs limites, a attesté l'utilité non seulement de prestations prenant en compte l'évaluation individuelle des besoins, mais aussi la nécessité d'une gestion au plus près des besoins, ce que les départements, bien ancrés sur le terrain de la vie locale sont en mesure de gérer.

A ce titre, l'allocation personnalisée à l'autonomie constitue un dispositif « modèle » - non pas au sens de prestation idéale, mais au sens de type de prestations combiné à un schéma institutionnel de prise en charge individualisée et de proximité - , sur lequel la mission estime que la future prestation de compensation du handicap devrait être construite.

S'agissant du suivi de ce dispositif, il existe certes un suivi statistique effectué par la DREES, un suivi des dépenses par le FFAPA, la DGAS et d'autres et, en termes d'évaluation, des rapports des corps de contrôle (IGAS, Cour des comptes, IGF, chambres régionales des comptes). Mais ces modalités de suivi et d'évaluation ne sont pas satisfaisantes en tant que telles car, d'une part, elles sont le fait d'entités distinctes qui effectuent chacune dans leur domaine un suivi sur un thème particulier sans que qu'un seul lieu de suivi ni un seul responsable n'ait la totalité des informations et des compétences pour procéder à ce suivi et, d'autre part, lorsqu'elles sont complètes (évaluation par les corps de contrôle) sont ponctuelles, donnent parfois leurs résultats tardivement et n'ont pas la régularité nécessaire à un véritable pilotage en continu du système. En outre, les organisations représentant les usagers n'y sont en aucun cas associées.

Au fond, il n'existe pas véritablement de visibilité sur l'ensemble du dispositif APA à propos duquel le Parlement ne peut d'ailleurs pas, en l'état actuel des choses, se prononcer. Enfin n'a pas non plus été développée de fonction, qui aurait pu être assurée au niveau central, d'aide aux acteurs et de mutualisation des bonnes pratiques des départements afin de renforcer les échanges déjà existants entre les départements.

1.3 De nombreux pays européens s'orientent vers une compensation individualisée et, son corollaire logique, une gestion de proximité

Une étude même sommaire des formes d'organisation et de mise en œuvre des politiques de prise en charge de la perte d'autonomie dans différents pays européens montre un rapprochement sensible des approches sur deux points essentiels : une approche de la prise en charge de la perte d'autonomie axée sur une réponse individualisée aux besoins et, deuxièmement, la nécessité d'une gestion des systèmes fondée sur la proximité.

¹³ Prestation expérimentale dépendance (loi du 25 juillet 1994) et prestation spécifique dépendance (loi du 24 janvier 1997).

1.3.1 La place de plus en plus centrale réservée à la compensation individualisée

Un panorama rapide de l'état des législations et des pratiques en Europe relatif à la compensation de la perte d'autonomie, tant sur le champ des personnes en situation de handicap que sur celui des personnes âgées dépendantes, montre qu'une large majorité des pays européens partenaires de la France ont fait le choix de passer progressivement d'une réponse constituée par des prestations uniformes, standardisées, assises sur des barèmes, des grilles et des taux d'incapacité à une approche plus fondamentalement personnalisée partant d'une évaluation des besoins de la personne dans son environnement de vie et donnant lieu à un plan d'aide concerté.

Ainsi pour ce qui concerne le champ des personnes en situation de handicap, cette procédure est en vigueur en Italie et au Royaume-Uni, pays dans lequel les collectivités locales ont une obligation de mettre en œuvre des modalités d'élaboration concertées d'un plan d'aide individualisé (*Care plan*). En suède, la loi de 1994 relative aux services sociaux aux grands handicapés établit un droit à une évaluation des besoins et à un plan de compensation correspondant.

Concernant les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes, mises en œuvre en Europe, les dispositifs sont, dans la majorité des cas, bâtis selon une logique similaire qui part des besoins de la personne (*needs lead*). Une étude récente¹⁴ portant sur six pays européens (Allemagne, Espagne, Italie, France, Royaume-Uni et Suède) dont l'objet est d'analyser le panier de biens et de services des personnes âgées dépendantes à partir de cas types montre que, si le financement, le contenu du plan d'aide, la diversité des réponses et les acteurs, peuvent être différents (notamment entre l'Allemagne et les autres pays de l'étude), l'approche est en revanche la même, à savoir une évaluation individualisée des besoins, « sur-mesure » faisant intervenir diverses compétences (médicale, sociale, psychologique etc.) et aboutissant à un plan d'aide qui apporte une réponse globale déclinée en plusieurs actions.

1.3.2 Une gestion de proximité privilégiée

Etroitement liée à l'évolution de la philosophie de la prise en charge mettant l'accent sur une compensation individualisée des besoins des personnes, la transformation des mode de gestion et d'organisation des dispositifs connaît dans la plupart des pays européens des points communs fondamentaux, notamment un rapprochement des centres de responsabilité vers le niveau local. Les raisons pour lesquelles cette gestion de proximité a été privilégiée tiennent à la possibilité d'organiser les équipes d'évaluation des besoins des personnes de la façon la plus efficace, de prendre des décisions plus rapidement en raccourcissant les circuits de décision et de mettre en place un suivi adapté sur la base de référents.

En d'autres termes, les dispositifs de compensation (aussi bien pour les personnes âgées dépendantes que pour les personnes en situation de handicap) ont fait l'objet, pour leur gestion, d'une déconcentration des modes de prise de décision et surtout d'une

¹⁴ « Comparer les paniers de biens et de services aux personnes âgées dépendantes en Europe », Blanche Le Bihan-Youinou & Claude Martin in la dépendance des personnes âgées, quelles politiques en Europe, sous la direction de Claude Martin, éditions ENSP, Rennes, 2003.

décentralisation forte des compétences. Celle-ci est caractérisée par un transfert aux collectivités territoriales et, le plus souvent, au niveau communal (Suède et RU ; Etats dans lesquels le découpage territorial est au demeurant peu comparable à celui de la France). L'Allemagne en revanche fait figure d'exception puisqu'il s'agit d'un risque de sécurité sociale géré par les caisses, l'évaluation des personnes étant effectué par les médecins conseils des caisses assisté de travailleurs sociaux.

Les pays où ce principe d'une gestion et d'une responsabilité locales ont connu leur point d'aboutissement le plus marqué sont les pays scandinaves dans lesquels la prise en charge des dispositifs destinées aux personnes en situation de handicap ou des personnes âgées dépendantes est le fait des « municipalités », élues et qui ont la responsabilité de lever l'impôt. Le cas de la Finlande¹⁵ révèle que si les relations entre pouvoir d'Etat et compétences des municipalités (« kunta »), se sont modifiées au cours des années 80 et 90, cette modification s'est effectuée dans le sens d'une plus grande autonomie des acteurs locaux. De même, en Suède¹⁶, la loi sur les services sociaux de 1982 a donné aux municipalités une compétence de droit commun en matière d'aide sociale, qu'elles peuvent d'ailleurs exercer en direct ou en faisant appel à la sous-traitance, et qui a été confortée par la suite notamment en 1993 et 1994 pour donner aux municipalités une plus grande autonomie en ce domaine.

Pour autant, le choix d'une telle gestion de proximité n'a pas, le plus souvent, signifié – et l'étude comparée de l'IGAS¹⁷ de 2003 précitée le montre bien - qu'une liberté totale de manœuvre soit laissée aux responsables locaux, mais qu'elle s'est au contraire accompagnée de modalités adéquates de régulation et de contrôle afin de préserver une égalité d'accès aux droits sur l'ensemble du territoire de chaque pays.

Ainsi, la Suède, face à des phénomènes d'inégalités notables entre les municipalités, a renforcé ses services centraux d'inspection et de contrôle, le Royaume Uni et l'Italie ont défini des standards de qualité de la délivrance de la prestation (RU) ou bien un niveau minimum de prestation devant être présent dans chaque commune (Italie).

Ainsi, on constate un mouvement général de décentralisation et de transferts des compétences relatives à la compensation aux acteurs de proximité mais dans un cadre qui reste cependant national et organise des liens étroits entre le niveau central et les collectivités territoriales.

¹⁵ Voir notamment : Les politiques de prise en charge des personnes âgées en Finlande, une politique de transition, par Anneli ANTONEN et Jorma SIPILA, in la dépendance des personnes âgées, quelles politiques en Europe, sous la direction de Claude Martin, éditions ENSP, Rennes, 2003.

¹⁶ Voir : La Suède et la prise en charge sociale du handicap, ambitions et limites, par Sylvie COHU, Diane LEQUET-SLAMA et Dominique VELCHE, revue française des affaires sanitaires et sociales, n°4-2003.

¹⁷ Etude d'administration comparée sur les dispositifs de compensation du handicap en Europe, rapport n° 2003 120, présenté par Didier NOURY et Patrick SEGAL, avec la participation de Claire AUBIN.

Deuxième partie : orientations

Dans le domaine des politiques sociales, plus encore que dans d'autres, les questions institutionnelles ne sont pas une fin en soi. Elles n'ont de sens que mises au service des politiques à mener au bénéfice des personnes concernées. L'objectif est de créer les conditions d'une réponse collective cohérente et ambitieuse, à la mesure du défi que représente aujourd'hui dans notre société la perte d'autonomie. Aussi la mission a-t-elle entendu mener sa réflexion en ayant toujours à l'esprit quelques mots-clés, qui, au-delà du vocabulaire, renvoient à des principes d'organisation sous-tendant l'ensemble de ses orientations :

- simplification
- cohérence
- équité
- effectivité
- transparence
- responsabilité

**
*

La mission se devait d'intégrer dans sa réflexion les prestations à la charge de l'assurance maladie¹⁸ qui sont spécifiquement liées à la perte d'autonomie des personnes handicapées ou âgées dépendantes. Comme l'a montré le constat, cette intervention financière est en effet d'un poids considérable et la sortir du champ de la réflexion l'aurait pratiquement rendue sans objet.

Cette inclusion a provoqué chez divers interlocuteurs rencontrés par la mission la crainte de voir, à cette occasion, une catégorie de population particulièrement fragile sortie de la solidarité d'ensemble dans l'accès aux soins qu'assure aujourd'hui l'assurance maladie et relever d'une forme particulière d'assurance maladie couvrant une fraction de la population (un peu à l'image de ce qui existe aux Etats – Unis avec le système MEDICARE).

La mission entend sur ce point souligner avec force qu'une telle perspective paraîtrait également totalement inacceptable au plan des principes, et les propositions qui seront faites ultérieurement s'en écartent sans ambiguïté. Elle ont en effet comme seul objet les prestations spécifiques liées à la perte d'autonomie qui prennent le plus souvent la forme d'un financement partiel ou global (décidé par l'Etat et les services déconcentrés) de certains services ou établissements spécialisés (qui ne sont pas des établissements de santé). Et ces financements spécifiques s'ajoutent pour l'essentiel à la prise en charge de droit commun par cette même assurance maladie des soins

¹⁸ La mission ne prétend pas que ses propositions couvrent la totalité des instruments susceptibles d'être utilisés dans les politiques relevant de la perte d'autonomie (pensions d'invalidité, majorations pour tierce personne, etc.).

ambulatoires ou hospitaliers (honoraires, prescriptions, soins dispensés par les établissements de santé) susceptibles d'être dispensés par ailleurs à ces mêmes personnes. Les textes actuels définissent au demeurant de façon précise les frais qui ne sont pas pris en compte pour la définition des tarifs journaliers propres à ces structures ou services, et sont donc susceptibles d'être remboursés par l'assurance maladie dans les conditions habituelles¹⁹.

Le fait que, pour parvenir à un système plus simple en gestion et plus cohérent, les charges pesant actuellement sur l'assurance maladie au titre de l'accueil de l'hébergement ou du traitement de personnes handicapées ou âgées dépendantes dans des établissements ou services spécifiques, soient, en tout ou partie, transférés à une collectivité territoriale ne modifiera naturellement en rien le fait que l'assurance maladie continuera, et dans les mêmes conditions, à prendre en compte les frais médicaux, pharmaceutiques, de laboratoires et les frais hospitaliers susceptibles d'être exposés par ailleurs par ces personnes. Et demain, comme aujourd'hui, l'assurance maladie se devra d'assurer cette solidarité sans quelque distinction que ce soit parmi l'ensemble des assurés sociaux couverts.

L'orientation proposée de ce domaine ne vise donc en aucune manière à sortir de l'assurance maladie les personnes concernées ou à en isoler les coûts. La nouvelle répartition des prestations spécifiques liées à la perte d'autonomie entre l'assurance maladie et les collectivités territoriales, dicté par le souci d'un pilotage de proximité cohérent, ne saurait donc en aucune manière être assimilée à une répartition des personnes ou encore à une forme de découpage populationnel qui sortirait les personnes en situation de handicap du cadre de solidarité nationale pour l'accès aux soins que représente l'assurance maladie.

**

*

Comme l'a montré le constat, l'objectif poursuivi aujourd'hui dans les politiques de prise en charge des personnes en perte d'autonomie est de parvenir à une compensation individualisée des besoins. Sa réalisation exige de passer d'une logique structurée autour de l'attribution de prestations à une logique partant de la personne ; évaluation pluridisciplinaire de ses besoins appréciés dans son environnement même, élaboration conjointe d'un projet individualisé de compensation englobant l'ensemble des réponses (aides humaines, aides techniques, financières, etc.), quels qu'en soient la nature et les acteurs qui doivent y participer, suivi de la mise en œuvre effective de ce plan et son adaptation régulière si cela s'avère nécessaire.

Une telle logique qui vise à traiter, selon une approche horizontale, les situations individuelles, et non à gérer selon une logique verticale des prestations spécifiques, implique en elle-même une gestion de proximité renforcée afin de pouvoir prendre en compte au plus près la diversité des besoins des personnes appréciés de façon concrète dans leur environnement. Cette logique est identique quelle que soit l'origine de la perte d'autonomie et fonde le rapprochement entre personnes âgées et personnes handicapées.

¹⁹ Voir par exemple : le décret n° 2002-1011, du 22 octobre 2003, pour les personnes accueillies en IME, IMPRO et instituts de rééducation ; décret n° 99-316 du 26 avril 1999 pour les personnes accueillies en EHPAD qui distingue les cas où l'établissement a choisi un tarif « partiel » ou « global ».

Elle conduit également à simplifier l'architecture institutionnelle en mettant fin, chaque fois que possible, aux dispositifs de cofinancements et de responsabilités conjointes ou juxtaposées qui sont aujourd'hui source de complexité, de délais et de perte d'efficacité.

Une gestion de proximité efficace et responsable suppose en effet la désignation d'un pilote clairement identifié, ayant une responsabilité politique globale et ayant pour cela en main, sinon la totalité, du moins la plupart des leviers de décision (prestations, financement des services d'aide à domicile et des établissements, etc.), et étant capable d'en garantir l'effectivité ou à tout le moins de prévoir des mesures transitoires : c'est une condition nécessaire à la mise en œuvre de politiques plus cohérentes et plus efficaces en direction des personnes concernées.

Il apparaît dès lors que si l'on veut tendre vers un dispositif intégré de gestion individualisée au plan local, la solution institutionnelle consistant à choisir une collectivité territoriale s'impose. La gestion par un organisme de sécurité sociale correspond en effet dans la plupart des cas à celle de prestations uniformes, servies selon des barèmes nationaux à la suite d'un examen sur dossier des conditions juridiques et financières d'ouverture des droits. Elle est le fait d'entités le plus souvent spécialisées verticalement sur un risque, organisées sur une base socioprofessionnelle, tant pour la branche maladie que pour la vieillesse, et dépourvues, dans la plupart des cas, d'un réseau local de proximité dense : des caractéristiques adaptées aux missions historiques et fondamentales de la sécurité sociale et pour lesquelles ce type de gestion est - et restera - indispensable, mais des caractéristiques inadaptées aux exigences d'une logique de compensation individualisée des « besoins de vie » qui ne peuvent être traités que par des acteurs présents sur le terrain, ayant une vocation horizontale et en charge de façon générale du cadre de vie quotidienne de leur concitoyens.

Par contraste avec la sécurité sociale, les communes qui représentent un niveau d'administration trop éclaté sur le territoire et avec les régions, qui disposent de peu de personnels et constituent un échelon territorial trop étendu pour prétendre mettre en œuvre une gestion de proximité, le département a une vocation naturelle à assumer cette responsabilité, compte tenu de sa nature et du couple qu'il constitue avec les communes et leurs regroupements, lequel garantit à la fois la cohérence des services de proximité et l'aide à l'accessibilité. Plaide également dans ce sens l'expérience qu'il a acquise dans le traitement individualisé des personnes dans les domaines de l'enfance en danger (1983), de la protection maternelle et infantile (1983) et, plus récemment, des personnes âgées avec la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (2001).

Confirmant des orientations déjà prises, l'affirmation explicite de ce choix, à l'occasion de la structuration de la prise en charge de la perte d'autonomie voulue par les pouvoirs publics via la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi qu'à l'occasion de la loi portant réforme de la loi de 1975 sur le handicap, ne saurait toutefois signifier que ces domaines ne relèvent pas d'une politique nationale d'ensemble ni que les droits ouverts aux personnes doivent obéir à la logique d'assistance qui a historiquement caractérisé les politiques d'aide sociale menées par les départements. L'ensemble des personnes concernées et de leurs représentants insistent à juste titre pour que des leviers d'action puissants, normatifs, financiers et techniques soient conservés au plan national afin de tendre à un traitement le plus homogène et équitable possible des situations sur l'ensemble du territoire. Elles entendent également veiller à

ce que les droits des personnes mis en œuvre dans les départements soient des droits objectifs, ouverts à tous, se situant clairement dans le cadre de dispositifs de protection sociale moderne, ce qui n'exclut pas, par principe (comme c'est d'ailleurs le cas s'agissant des prestations servies par les organismes de sécurité sociale), une modulation des droits en fonction de la situation financière de la personne ou du ménage concernés.

Le corollaire logique de ces deux exigences légitimes est que, pour la mission, il est indispensable que les décisions individuelles prises par la commission des droits et de l'autonomie dans le cadre de la maison départementale des personnes handicapées et relatives aussi bien à la reconnaissance des droits, qu'à la prestation de compensation, à l'orientation vers des établissements sociaux et médico-sociaux, sans parler bien sûr des prestations telles que AAH ou l'AES, demeurent valables et soient immédiatement applicables dans un autre département – à l'égard de toute personne, publique ou privée (SNCF, lieux publics, cinémas, etc.), sans qu'il y ait besoin, pour la personne en situation de handicap de remplir un nouveau dossier ni de suivre à nouveau la procédure d'évaluation et de décision. Cette nécessaire transférabilité des droits devra naturellement s'accompagner de la révision possible du plan d'aide sur simple demande de l'intéressé notamment en cas de changement de résidence de la personne. Ce changement de résidence, qui doit s'entendre d'un département à un autre ou à l'intérieur d'un même département, peut en effet induire des modifications substantielles de l'environnement naturel, du logement, etc. de la personne qui pourront nécessiter de réviser en profondeur le contenu du plan d'aide et de la prestation de compensation du handicap en particulier.

**

*

Le dispositif d'ensemble qui est proposé par la mission vise à distinguer et à articuler deux fonctions ; d'une part, une fonction centrale de fixation des normes, de péréquation financière, d'orientation, et de pilotage d'ensemble d'une politique de la prise en charge de la perte d'autonomie qui est, et devra rester, une politique nationale et pour laquelle l'Etat, à ses différents niveaux, et la CNSA auront, chacun pour ce qui les concerne, un rôle-clé à jouer ; d'autre part, une fonction locale de gestion et d'organisation dont le responsable – non pas seul puisqu'il devra s'insérer dans un partenariat fort, mais clairement identifié - sera le département.

L'enjeu majeur est donc de parvenir à concilier le principe d'autonomie des collectivités territoriales et l'exigence de la préservation d'une politique nationale²⁰. L'orientation structurant les propositions de la mission est toute entière dans cet équilibre :

- transférer un ensemble significatif de responsabilités afin de faire émerger un gestionnaire local de proximité doté des moyens nécessaires pour apporter, au sein d'un ensemble départemental cohérent, les réponses adaptées aux besoins des personnes ;

²⁰ Depuis 1982, il existe deux types de décentralisation ; l'une consiste à décentraliser la politique elle-même, à l'instar du développement durable ; l'autre, notamment dans le champ social, consiste essentiellement, à décentraliser la gestion d'une politique qui reste nationale.

- accompagner cette organisation des responsabilités au plan local de contreponds parmi lesquels la mise en place au niveau national d'une institution forte, c'est-à-dire dotée de la légitimité et des moyens nécessaires pour satisfaire, au travers notamment de contrats d'objectifs pluriannuels, l'exigence d'un traitement équitable sur l'ensemble du territoire et garantir la cohérence des politiques menées ;
- le tout en veillant à maintenir, voire à renforcer, les articulations nécessaires entre la sphère « sanitaire » qui est de la responsabilité de l'assurance maladie et la sphère « perte d'autonomie » à caractère médico-social pour laquelle les départements exerceraient à l'avenir une responsabilité déterminante.

Ces propositions – dont il importe de souligner le caractère strictement indissociable – ont été construites selon un cheminement partant du parcours que doit accomplir un usager d'abord pour faire reconnaître son handicap puis pour obtenir des réponses à l'ensemble des difficultés liées à sa perte d'autonomie. Cette démarche conduit à définir avec précision le champ des compétences qui devraient être exercées au plan départemental et aboutit, dans un deuxième temps, au périmètre qu'il est souhaitable de donner, au niveau national, à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. C'est ce cheminement qui assure la mise en place, au sein de notre système de protection sociale, d'un ensemble structuré d'acteurs, de moyens financiers et de politiques clairement et exclusivement dédiés à la compensation de la perte d'autonomie.

Elle a bien conscience également que les frontières tenant à l'âge et qui structurent historiquement les politiques respectives destinées aux personnes âgées d'une part, et aux personnes handicapées, de l'autre, les législations comme les acteurs, ne seront pas par elles-mêmes abolies par la mise en place d'un gestionnaire local et d'une autorité nationale uniques. Mais il ne fait guère de doute à ses yeux que l'approche pragmatique retenue est la seule susceptible de faire émerger réellement au sein de notre système de protection sociale un bloc homogène dédié au risque de perte d'autonomie et que, s'agissant tant du périmètre couvert que des législations applicables, à partir du socle institué, des évolutions sont possibles voire s'avèreront à l'expérience nécessaires.

Troisième partie : propositions

L'ensemble des propositions de ce rapport, qui ont été conçues selon une perspective qui prend en priorité le point de vue de l'utilisateur et de la satisfaction de ses besoins, est constitué d'un diptyque alliant des préconisations relatives à la gestion des dispositifs au plan local, à des préconisations concernant, au niveau national, la place et le rôle respectifs de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et de l'Etat.

3.1 Le dispositif local

Le schéma institutionnel proposé ci-après au niveau local traite essentiellement de la prise en charge des personnes handicapées²¹ sachant que, pour les personnes âgées, les modifications de compétences pourront s'effectuer à organisation institutionnelle pratiquement constante, laquelle résulte pour l'essentiel des dispositions relatives à l'APA et est en voie d'être complétée par la loi relative aux libertés et responsabilités locales en cours d'examen au Parlement. Ceci étant, les propositions formulées par la mission tendront de toute façon à rapprocher les dispositifs concernant les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge par le fait même que le schéma proposé, celui d'une gestion locale par les départements d'une politique nationale en partie incarnée par une structure nationale dédiée (la CNSA), s'applique aux deux domaines.

La proposition du rapport de confier aux départements la responsabilité de la gestion locale de ce dispositif ne doit pas conduire à ce que le département agisse en ce domaine de façon solitaire ; il importe, tout au contraire, qu'il sache organiser les modalités d'un partenariat actif et que la maison départementale des personnes handicapées, pour assurer un véritable guichet unique et apporter une réponse à la fois homogène et effective aux personnes, constitue une tête de réseau local, insérée dans un maillage partenarial adéquat.

Celui-ci devra être construit notamment avec le service public de l'emploi local, les organismes de formation, le réseau cap emploi, les organismes de protection sociale, les services de l'éducation nationale pour la continuité de la prise en charge éducative, ainsi qu'avec les organismes d'information spécialisés sur les aides techniques (centres d'information et de conseil sur les aides techniques, CICAT). Ce partenariat devra également s'étendre aux dispositifs d'observation (CREAI), qui, tout en conservant une indépendance indispensable, seront en mesure de fournir à la fois au département, aux associations et aux partenaires locaux, des sources d'information indispensables.

²¹ La réflexion de la mission s'est appuyée sur les rapports récents qui ont traité de la prise en charge institutionnelle du handicap avec notamment le rapport du sénateur Paul BLANC (2000), le rapport de M. PIVETEAU (2003) relatif à une agence nationale des handicaps et le rapport de M. GIRARD (2003) sur les maisons départementales des personnes handicapées.

3.1.1 Les maisons départementales des personnes handicapées

La mission reprend à son compte l'idée de la « maison départementale des personnes handicapées » qui a été développée dans différents documents, reprise fréquemment dans les interventions sur le sujet et inscrite dans le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais tient à souligner d'emblée que, dans son esprit, il faut entendre cette maison départementale non pas comme un bâtiment dédié aux personnes en situation de handicap, mais comme un dispositif liant réactivité, responsabilité et proximité, une fonction à assumer qui n'a pas vocation à s'incarner dans une « maison » au sens physique du terme.

3.1.1.1 Organisation et pilotage

Les maisons départementales du handicap devront répondre à une exigence de proximité, d'accueil et d'information afin de faciliter les démarches des personnes handicapées. Il s'agit de garantir l'existence d'un véritable guichet unique non seulement à l'entrée dans le dispositif mais aussi à la sortie, c'est à dire d'assurer à la personne handicapée de disposer d'un ensemble de décisions adapté, cohérent et effectif, validé et notifié simultanément par la commission des droits et de l'autonomie.

Pour ce faire, il apparaît nécessaire que la maison départementale des personnes handicapées soit placée sous la responsabilité d'un acteur clairement identifié, dans un champ pour l'instant caractérisé largement par des modalités de cogestion. Le département est, à ce titre, l'acteur de proximité le mieux placé pour assumer cette responsabilité. Il lui reviendrait donc d'assurer la mise en place et la gestion, dans tous ses aspects (organisation, financement), de la maison départementale, qui doit, comme cela a été souligné plus haut, s'entendre d'une fonction à assumer et non d'une institution à créer.

Dans cette optique et au regard du principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales, il convient de laisser une certaine souplesse quant à la manière, pour le département, d'organiser l'exercice de ses compétences (gestion directe, délégation, intégration ou association d'équipes préexistantes, etc). Aucune architecture institutionnelle ne garantit, en effet par elle-même, ni un fonctionnement harmonieux entre les partenaires, ni une transparence de la décision. Il semble dès lors inopportun et contradictoire avec les objectifs recherchés de vouloir imposer partout et dans tous les cas, la création d'une même structure supplémentaire quelle qu'en soit la forme.

Pour autant, il est indispensable que l'organisation et le fonctionnement de la maison départementale fassent l'objet d'une formalisation. La loi devrait donc imposer l'obligation, pour le département, de formaliser avec ses partenaires les conditions de fonctionnement de la Maison départementale, en laissant ouverte pour sa mise en œuvre plusieurs options allant d'une simple convention au groupement d'intérêt public, en passant par des formes associatives. A cet égard, il convient que l'organisation de la fonction « maison départementale » prenne à tout le moins une forme conventionnelle ; cette convention – qui constituera en quelque sorte le minimum légal d'organisation de la maison départementale - devrait prévoir la réunion régulière d'une conférence départementale regroupant les membres de la commission des droits et de l'autonomie

et les représentants de tous les organismes participant aux activités de la maison départementale. Elle aura pour compétence d'examiner les questions relatives à l'organisation de la maison départementale, à l'accueil, à l'information, aux principes d'organisation des équipes d'évaluation (cf. *infra*) et à la coordination des activités de chacun des organismes.

Si une certaine diversité est souhaitable, les différences d'organisation institutionnelle d'un département à l'autre ne doivent pas cependant être trop importantes et porter préjudice à l'égalité d'accès des personnes aux droits et à un traitement qui soit équitable sur l'ensemble du territoire. De même, la souplesse de gestion ne doit pas conduire à des situations dans lesquelles les départements exercent leur responsabilité reconnue de façon par trop isolée et ne reconnaissent pas une place suffisante aux partenaires. Il appartiendra à la CNSA, dans le cadre de sa mission générale de régulation, d'assurer un suivi et une analyse des formes qu'auront pu prendre les maisons départementales des personnes handicapées et de mutualiser, par l'information, les bonnes pratiques.

Enfin, dès lors que l'objectif visé est, par contraste avec les pratiques antérieures des commissions prévues par la loi de 1975 (COTOREP et CDES), une gestion de proximité et de faciliter par là même le contact et le lien avec les usagers, il importe que la maison départementale ne soit pas un lieu unique, situé au chef-lieu de département mais, tout au contraire, un réseau de lieux d'accueil, d'information et de traitement, seul de nature à proposer un maillage pertinent du territoire départemental ; pour ce faire, la maison départementale devra s'appuyer, en premier lieu, sur les circonscriptions d'action sociale du département, quel qu'en soit le périmètre, mais aussi sur toute structure territorialisée à l'instar des communes et des centres communaux et intercommunaux d'action sociale ou de certains organismes de sécurité sociale (caisses de MSA, par exemple).

3.1.1.2 La commission des droits et de l'autonomie et les équipes d'évaluation

La prise en charge des personnes et les modalités concrètes d'attribution de leurs droits dans le cadre de la maison départementale seront assurées en deux temps, ainsi que le prévoit le projet de loi déjà cité ; tout d'abord par des équipes pluridisciplinaires qui procéderont à l'évaluation personnalisée et ensuite, par une commission des droits et de l'autonomie dont la mission sera de prendre la décision d'attribution des droits proposé dans le plan, lequel devra, pour être valable, avoir été accepté par la personne bénéficiaire, sa famille, ou son représentant légal.

Cette procédure ne concernera que les personnes en situation de handicap de moins de soixante ans. La mission considère cependant, en faisant sien l'objectif d'un traitement équivalent de toutes les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge²², qu'à l'issue d'une période de 3 à 5 ans et au vu du bilan réalisé, il devrait être possible de progresser dans la voie du rapprochement voire de la fusion, en tout ou partie, des instances et des équipes compétentes pour les personnes en situation de handicap de plus ou de moins de soixante ans.

²² Tel qu'il est exprimé par exemple dans le rapport du conseil économique et social, « pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap », présenté par M. BONNET en février 2004.

➤ Les équipes pluridisciplinaires d'évaluation

Dans le cadre de cette maison départementale des personnes handicapées, l'évaluation individuelle de la personne handicapée sera assurée par une équipe pluridisciplinaire composée selon les circonstances et les besoins, de personnels administratifs, sociaux et médicaux venant tant des départements que d'autres organismes y compris des ministères de l'éducation nationale, du travail et des affaires sociales²³, ainsi que des organismes de sécurité sociale, voire de professionnels de la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Dans le souci, d'une part, de garantir la plus grande qualité possible de cette évaluation des bénéficiaires potentiels et, d'autre part, de disposer d'un degré suffisant d'indépendance vis à vis des financeurs, l'équipe d'évaluation devra être la plus diversifiée possible tant dans les compétences qu'elle rassemblera que dans l'origine des personnels qui la composeront mêlant, au gré des besoins de l'évaluation, du personnel administratifs du département, des psychologues, des médecins, des personnels enseignants, des travailleurs sociaux issus non seulement du département ou des organismes de sécurité sociale, mais aussi des associations, des établissements ou des services à domicile. La composition de l'équipe d'évaluation doit en effet refléter la richesse des points de vue et des intervenants en évitant à tout prix de se priver des compétences de professionnels, à l'instar de ceux qui prennent en charge tous les jours des personnes en situation de handicap (à domicile ou en établissement) et qui doivent apporter leur expérience au sein de l'équipe d'évaluation.

Il n'apparaît pas pertinent de fixer, ex-ante, une composition uniforme des équipes d'évaluation départementale afin de laisser la souplesse nécessaire dans les départements. Toutefois, il est indispensable que, dans chacun d'entre eux, soit mise au point une « charte constitutive des équipes d'évaluation » qui prévoie les principes d'organisation des équipes, la garantie de la diversité des personnels composant les équipes et les caractéristiques de celles-ci en termes de compétences et d'expérience. Elle sera un point d'application impératif de la formalisation du partenariat dans la maison départementale, examinée par la conférence départementale.

Cette procédure, équivalente sur l'ensemble du territoire national apparaît indispensable pour donner un cadre général à la composition des équipes d'évaluation et en garantir la richesse et la diversité. Il appartiendra à la CNSA, dans un deuxième temps, d'analyser ce processus et le fonctionnement de toutes les équipes d'évaluation et d'en extraire les bonnes pratiques diffusables.

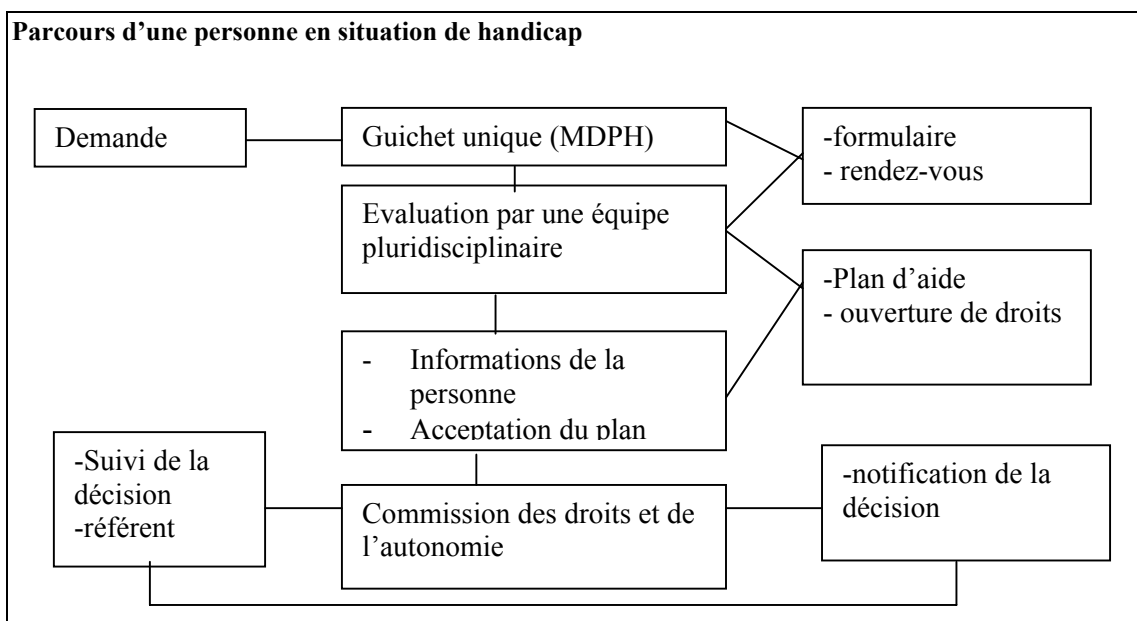
Les moyens mobilisés au service des équipes d'évaluation doivent être tels que cela leur permette de procéder systématiquement à une visite à domicile de la personne en situation de handicap pour disposer d'une véritable appréciation des besoins de celle-ci et, à ce titre, il devra vraisemblablement être prévu que la maison départementale contienne plusieurs équipes d'évaluation, territorialisées ou non, selon l'organisation qui sera choisie par le département.

²³ Voir infra.

Par ailleurs, toujours dans le souci de conférer à la procédure d'évaluation, un degré suffisant d'objectivité, d'indépendance et d'équité sur l'ensemble du territoire, l'équipe d'évaluation devra être en mesure de disposer d'un référentiel national qui devrait, à terme, pour une partie au moins, être commun à l'évaluation des personnes âgées et des personnes handicapées.

➤ La Commission des droits et de l'autonomie

Sur la base de l'évaluation qui aura été effectuée et du plan d'aide qui en résultera, il appartiendra à la commission des droits et de l'autonomie, composée de deux sections selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte handicapé, de prendre à la fois la décision de validation générale du plan d'aide et l'ensemble des décisions concernant les prestations, la reconnaissance des droits, l'orientation qui composeront le plan d'aide.



La commission des droits et de l'autonomie sera composée, pour les deux sections, de représentants de l'Etat (DDASS), du département, des organismes de sécurité sociale (branches famille et maladie), de représentants des usagers, de représentants des autres collectivités territoriales. S'ajouteront à ce noyau commun, pour la section adultes, le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et, pour la section enfants et adolescents, l'Inspecteur d'académie. Les représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale seront désignés par les organismes en leur sein. La désignation nominative des représentants des associations sera effectuée par le président du conseil général dans le cadre fixé par les textes qui pourront prévoir par exemple que le comité départemental de solidarité pour l'autonomie (voir 3.1.3.2) propose une liste de noms.

A titre d'exemple, la composition suivante pourrait être prévue :

- 5 conseillers généraux dont le président
- 2 représentants des autres collectivités territoriales (région et communes)
- le DDASS
- le DDTFP ou l'inspecteur d'académie selon la section

- 2 représentants des organismes de sécurité sociale (branche famille et maladie)
- 4 représentants des associations de personnes handicapées

Il va de soi que cette commission des droits et de l'autonomie remplacera les actuelles commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions d'éducation spéciale (CDES)²⁴. Cette substitution de la CDA aux COTOREP et aux CDES impliquera, toutes choses étant égales par ailleurs, une évolution des personnels actuellement dédiés à ces commissions dans les DDASS et les DDTEFP pour ce qui concerne les ministères sociaux mais aussi les personnels de l'éducation nationale²⁵ qui contribuent actuellement au fonctionnement des CDES. Ils pourraient relever du dispositif de droit commun prévu par le projet de loi d'extension des responsabilités locales concernant les personnels affectés à des tâches transférées.

La présidence de la commission sera assurée par le président du conseil général ou son représentant, qui notifiera, à l'intéressé ou à son représentant légal ou à sa famille, la décision ou les décisions de la commission. Le champ des décisions qui seront prises par la commission concernera aussi bien la reconnaissance du taux d'invalidité, la qualité de travailleur handicapé, que l'attribution de droits et de prestations (AAH, AES, prestation de compensation du handicap, attribution de la carte de stationnement et de la carte d'invalidité), l'orientation vers le milieu ordinaire de travail ou le milieu de travail protégé (CAT), ou encore l'orientation vers un type d'établissement et/ou de services médico-sociaux ;

Au sein de cet ensemble de décisions, celles relatives à l'accueil et à l'orientation des enfants handicapés doivent faire l'objet d'un traitement particulier. En effet, les décisions d'orientation des enfants vers les classes ordinaires ou vers des classes adaptées (CLIS, SEGPA, etc.) ou encore vers des établissements médico-sociaux (IME, IR, etc.) comportent une part d'appréciation sur le niveau scolaire de l'enfant et sa faculté d'intégration scolaire. Elles relèvent de la mission propre de l'Education nationale, garante du respect de l'obligation scolaire. Aussi apparaît-il nécessaire que les décisions de l'espèce recueillent l'avis conforme, au sein de la commission des droits et de l'autonomie, du représentant de l'Education nationale.

3.1.2 les compétences nouvelles des départements

Afin que le département devienne la collectivité territoriale responsable des dispositifs de prise en charge du handicap (quel que soit l'âge), il devra disposer de la majorité des leviers d'intervention en ce domaine, ce qui suppose qu'il lui soit transféré de nouvelles compétences. Ce transfert de compétences emportera plusieurs conséquences relatives notamment à l'implication renouvelée de l'assurance maladie à l'égard des établissements.

²⁴ La Direction de l'administration générale des personnels et du budget (DAGPB) du ministère de la santé et de la protection sociale estime qu'environ 900 personnes en DDASS et en DRASS sont concernées par cette évolution. La Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) du ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale estime que 600 agents des directions départementales du travail, de l'emploi de la formation professionnelle sont concernées.

²⁵ Le total des personnels est évalué par la Direction de l'enseignement scolaire (DESCO) du ministère de l'éducation nationale à 1300 environ, parmi lesquels 95% ont un statut d'enseignant.

3.1.2.1 Une compétence de droit commun dans le secteur de la perte d'autonomie

Le département exercera une compétence plus large qu'actuellement en matière de prise en charge de la perte d'autonomie, puisque s'il continuera d'être responsable de la gestion de l'APA – qui fait du département l'acteur prédominant dans le champ des prestations versées aux personnes âgées dépendantes, il lui appartiendra également d'être responsable de la prestation de compensation du handicap, qui sera la principale prestation sociale destinée à la compensation d'un handicap.

Afin de pouvoir devenir réellement la collectivité responsable de la politique départementale de prise en charge des personnes en perte d'autonomie et d'être en mesure d'assurer l'effectivité des décisions prises dans le cadre de la CDA, le département devrait également se voir attribuer les compétences de tarification et de financement sur les établissements et services du champ médico-social tels que définis dans l'article L. 312-1 du CASF, à savoir les établissements et services pour personnes âgées (EHPAD, SSIAD), établissements et services pour personnes handicapées adultes (FAM et MAS), une partie des établissements et services d'enseignement et d'éducation spéciale pour mineurs et jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (IME, IR, SESSAD), et les centres d'aide par le travail non seulement pour le budget de fonctionnement mais aussi pour le complément de rémunération des travailleurs handicapés sous la forme d'une aide au poste (ex-GRTH).

Aussi bien pour les établissements et services pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées, ces transferts de compétences supposent que le département devienne l'autorité de contrôle et de tarification, quelles que soient les modalités de détermination de celle-ci et notamment la distinction éventuelle entre hébergement, dépendance et soins liés à la perte d'autonomie.

Dans la mesure où la mission propose que les départements deviennent l'autorité tarifiatrice unique (tarification, contrôle, responsabilité générale) des établissements tarifés et financés actuellement soit sur crédits retracés dans le budget de l'Etat soit sur les crédits de l'assurance maladie et retracés dans l'ONDAM, il importe de s'interroger sur la question de savoir si cette compétence peut faire l'objet d'une simple délégation de gestion ou doit donner lieu à un transfert.

La première option consiste à déléguer au Président du conseil général, l'exercice d'une compétence de l'Etat en lieu et place des DDASS et directeurs d'ARH, lesquels gèrent aujourd'hui ces crédits d'Etat ou d'assurance maladie au niveau déconcentré. Les crédits dont il disposerait pour ce faire proviendraient d'une délégation de l'Etat et de l'assurance maladie transitant par la CNSA. Cette hypothèse aurait pour conséquence de faire du Président du conseil général l'ordonnateur secondaire de crédits d'Etat, ce qui n'est pas conforme au principe d'autonomie des collectivités territoriales. Il s'agirait alors d'une simple modification technique des dispositions de gestion des crédits et en rien d'une nouvelle organisation des responsabilités.

La seconde consiste à transférer juridiquement aux départements l'entière compétence de tarification et de financement des établissements et ce, tant pour les prestations légales mises aujourd'hui à la charge de l'Assurance maladie que pour celles à la charge de l'Etat. Dans cette hypothèse, les prestations et dépenses seraient sous la

responsabilité des départements. Pour y faire face, ils disposeraient de dotations financières venant de la CNSA qui contribueraient à la couverture de cette charge nouvelle.

Il ne saurait être question ni juridiquement ni politiquement de faire des présidents de conseils généraux, les ordonnateurs secondaires de crédits relevant de l'Etat. Une telle situation ne ferait au demeurant qu'aggraver l'imbrication actuelle des responsabilités en éloignant la proposition de l'objectif de clarification qui est poursuivi. Dès lors, seule la deuxième option est en cohérence avec les orientations de ce rapport, dont la mise en œuvre suppose naturellement que des dispositions légales assurent le strict maintien des droits du triple point de vue du champ des bénéficiaires, de la nature de la prestation (droit objectif et non modulable en fonction des ressources) et de son étendue (définition des soins couverts par ces financements). En particulier, pour les prestations aujourd'hui à la charge de l'assurance maladie, le partage entre les périmètres des soins de droit commun et ceux liés spécifiquement à la perte d'autonomie, devra continuer à s'exercer dans le cadre défini actuellement par les textes.

Dans la mesure où la compétence de tarification est étroitement liée à celle de planification et que ces deux aspects de la responsabilité à l'égard des établissements reviendraient au département, des mécanismes devront être développés pour tout à la fois maintenir et renforcer les liens entre la planification sanitaire (de niveau régional pour l'essentiel mais aussi nationale) et la planification médico-sociale (de niveau départemental), et établir des dispositifs correcteurs au niveau régional et national. Qu'il s'agisse de personnes âgées ou de certaines formes de handicap (psychique notamment), la planification sanitaire et la planification médico-sociale doivent impérativement être conçues globalement et de façon cohérente.

Aussi apparaît-il indispensable que les services de l'Etat (voir *infra*) en charge de la planification sanitaire soient tenus informés de l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale qui seront de la seule responsabilité des départements. A cette fin, il y a lieu de prévoir pour les établissements et services pour lesquels la mission propose qu'ils soient autorisés par le département, le maintien d'un avis préalable obligatoire du CROSMS dans le cadre de la procédure mise en place par la loi du 2 janvier 2002. A tout le moins, si une telle solution n'était pas retenue, faudrait-il prévoir une information systématique de la DRASS et de l'ARH, lors de l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et pour chaque création d'établissement, la possibilité d'un avis négatif du CROSMS, dans les deux mois de la transmission. Symétriquement, il serait souhaitable que les départements soient associés à l'élaboration des SROS.

3.1.2.2 les incidences du transfert et l'implication de l'Assurance maladie à l'égard des établissements

Le passage à une autorité tarificatrice unique modifie le contexte de la tarification en EHPAD. En effet, le principe d'une tarification différenciée selon trois sections (hébergement, dépendance et soins) se justifiait notamment du fait de la distinction entre les autorités de tarification ; en outre, dans la mesure où le département devient compétent pour tarifier à la fois la partie dépendance et la partie soins, il serait vraisemblablement contre-productif de conserver des règles comptables de répartition

des dépenses de personnel, selon des clefs qui sont délicates à mettre en œuvre et ne donnent qu'une évaluation grossière des dépenses.

En ce sens, la mission préconise²⁶ que la répartition des charges en trois sections soit abandonnée au profit d'une ventilation en deux sections, à savoir d'une part l'hébergement et, d'autre part, les soins et la dépendance, section pour laquelle les crédits destinés à financer les soins seraient considérés comme une recette atténuative. Dans cette perspective, la répartition actuelle de certaines dépenses de personnel sur deux sections selon des clefs de répartition²⁷ disparaît, ce qui contribuera à simplifier le système de gestion. Cette modification ne doit cependant pas conduire à abandonner la comptabilité analytique que la tarification ternaire avait incité à mettre en œuvre, ni, surtout, la démarche qualité.

Au delà de cette question des modalités comptables de tarification, la difficulté principale à laquelle pourrait conduire la tarification globale des établissements par le département, réside dans la différenciation des financeurs entre les soins spécifiques liés à la dépendance (département) et les soins de droit commun (assurance maladie) qui serait introduite. Ceci doit conduire à assurer de façon plus vigilante l'interface avec les prestations de droit commun et en particulier les soins de ville. Cette difficulté, qui renvoie à la régulation des interventions des praticiens libéraux dans les EHPAD, existe d'ores et déjà, (comme l'atteste la non publication cinq ans après que son principe a été posé, du décret relatif au médecin coordonnateur) mais présenterait des risques accrus du fait de la dissociation des financeurs.

Cette question de l'intervention des praticiens se posera en des termes similaires dans l'ensemble des autres établissements pour personnes en situation de perte d'autonomie (IME, MAS, FAM, etc). Il est donc indispensable d'accompagner cette évolution par une intervention renouvelée de l'Assurance maladie au moyen notamment d'un recueil et d'un traitement adaptés des informations utiles et d'un suivi conjoint, sur la base par exemple d'un registre des interventions des praticiens libéraux dans chaque établissement, par le département et l'assurance maladie (URCAM ou CRAM) qui pourra associer en tant que de besoin les établissements. L'objectif est d'éviter les pratiques inappropriées ou abusives, et de chercher à organiser de façon optimale, tant au plan sanitaire que financier, la prise en charge sanitaire des personnes accueillies dans ces établissements. L'implication des médecins-conseils du contrôle médical de la sécurité sociale contribuerait utilement à cet objectif.

Pour rendre plus effectif le lien nécessaire qu'il convient d'établir entre les départements et l'assurance maladie et donner un cadre de référence équivalent sur l'ensemble du territoire national, la mission recommande que les établissements et l'échelon pertinent de l'organisation de l'assurance maladie (URCAM ou CRAM), établissent et signent une convention-cadre, à laquelle devrait être associé le département, qui définisse les conditions des interventions des praticiens libéraux dans l'établissement et les modalités de leur suivi.

²⁶ Cette préconisation est d'ailleurs concordante avec les propositions en ce sens du rapport Vieillesse et Solidarité présenté par J.M. PALACH, 2003.

²⁷ Cette répartition concerne essentiellement les dépenses d'aides soignantes, aides médico-psychologiques qui sont ventilées pour 30% sur la section dépendance et pour 70 % sur la section soins.

En particulier, la convention devra permettre de définir les modalités adéquates de connaissance statistique et de suivi de toutes les interventions de chaque praticien libéral et proposer le principe, aussi souvent que possible, d'un paiement des actes des praticiens à la vacation, en réservant le paiement à l'acte aux cas d'exception qui ne pourront pas être évités. Concernant le mode de rémunération, les conventions locales avec les établissements ne pourront être que des modalités concrètes d'application d'un dispositif national qui pose un principe autre que la rémunération à l'acte. Ce dispositif qui nécessiterait un accord national dans le cadre de la convention entre la CNAMTS et les syndicats de médecins apparaît comme un enjeu essentiel d'organisation des soins.

3.1.3 Les modalités de la régulation locale

Le schéma proposé par la mission comporte un échelon de régulation nationale, détaillé en partie 3.2, qui confère à la CNSA des leviers pour contribuer à un traitement équitable des personnes sur l'ensemble du territoire. Cependant un tel dispositif de régulation, pour atteindre l'efficacité qui doit être la sienne doit également comporter un échelon local de régulation qui soit de nature à enrichir les dispositifs actuels de suivi et de contrôle.

Ainsi, au delà du contentieux des décisions individuelles, du contrôle de légalité exercé par le représentant de l'Etat, des contrôles des services déconcentrés de l'Etat et des chambres régionales des comptes, la mission estime indispensable de prévoir, au niveau local, des modalités régulières d'analyse et d'évaluation de la mise en œuvre de cette politique afin d'assurer de façon transparente, une régulation de proximité qui ne saurait reposer uniquement sur le recours contentieux individuel.

3.1.3.1 Le rôle du comité départemental de solidarité pour l'autonomie et les obligations du département à son égard

- le rôle et la composition du comité départemental de solidarité pour l'autonomie (CDSA)

Le dispositif local de suivi et de régulation devrait être principalement assuré par une instance locale unique compétente sur l'ensemble du secteur des personnes en situation de perte d'autonomie, c'est à dire à la fois les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Pour forger cette unité et rappeler le lien, du point de vue des fonctions à assurer, avec la CNSA, cette instance pourrait être intitulée « comité départemental de solidarité pour l'autonomie ».

Ce comité n'aura pas vocation à se substituer aux actuels comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) et conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH), dans la mesure où le sujet de la compensation de la perte d'autonomie n'épuise pas le champ entier de leurs compétences. En effet, d'un côté le CDCPH est également compétent sur les questions telles que l'accessibilité et, de l'autre, les CODERPA ont une mission qui s'étend à l'ensemble des retraités et personnes âgées et non pas simplement aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie. En revanche, ce comité serait composé de représentants du CDCPH et du CODERPA lorsque ceux-ci existent ; lorsque que ces instances n'existent pas – c'est

parfois le cas pour les CDCPH, il appartiendra au président du conseil général de nommer des représentants des usagers selon la même logique que celle qui préside aux règles de nomination au CDCPH.

Cette instance unique, qui ne devrait pas comporter, dans un souci d'efficacité et de réactivité, plus d'une vingtaine de personnes, et qui regroupera des représentants des personnes en situation de perte d'autonomie quel que soit leur âge, ainsi que des représentants des gestionnaires d'établissement, sera de nature à créer une synergie entre ces acteurs au niveau local.

Le Comité départemental de solidarité pour l'autonomie aura plusieurs rôles à jouer. D'une part, il lui appartiendra de suivre la façon dont le département s'est organisé pour mettre en œuvre les compétences qui lui auront été transférées ainsi que celles qu'il continuera d'exercer (gestion de l'APA, par exemple). S'agissant des prestations, ce suivi devra porter sur les différents aspects de la qualité de l'évaluation, du nombre de bénéficiaires ou du montant, et concernant les établissements il devra notamment porter la qualité de la prise en charge, l'offre disponible et les droits des usagers. D'autre part, il suivra l'activité et le fonctionnement de la gestion de la maison départementale de personnes handicapées en s'intéressant notamment à la qualité de l'accueil et de l'information, des délais de prise de décisions, du suivi de celles-ci ou encore à la qualité du partenariat.

➤ Les obligations du département à son égard

Afin que ce comité soit en mesure d'exercer la mission qui lui sera confiée, le département devra s'acquitter de plusieurs obligations de nature à lui fournir – et, au-delà, à tous les habitants du département – une information complète, fiable et utilisable, gage d'une gestion transparente.

A ce titre, le département devra, chaque année, établir un état budgétaire annexe récapitulatif, en recettes, l'ensemble des crédits qui lui auront été alloués par la CNSA, et ceux relevant de ses ressources propres, ainsi que, pour la partie concernant les dépenses, l'affectation de ces crédits à la prise en charge de la perte d'autonomie qu'il s'agisse des prestations, des services à domicile ou des établissements. Ce document, qui distinguera avec précision les dépenses consacrées aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées, dans le budget prévisionnel et le compte administratif, précisera le montant des crédits consommés au cours de l'exercice budgétaire et l'état des reports de crédits avec, si nécessaire, le motif de leur non consommation.

Outre cette annexe à caractère financier, le département devra rendre compte régulièrement de sa politique à l'égard des personnes en perte d'autonomie et soumettre au comité départemental de solidarité pour l'autonomie, au moins une fois par an, un rapport d'ensemble rendant compte précisément des politiques menées et fixant les orientations pour l'avenir. Il appartiendra au comité départemental de solidarité pour l'autonomie d'en débattre. A cette occasion, l'exécutif départemental répondra aux questions du comité départemental qui pourra alerter, en cas de dysfonctionnement grave, les services de l'Etat et la CNSA en lui transmettant, le cas échéant, tous les éléments utiles.

3.1.3.2 Une intervention renouvelée des services de l'Etat

Le schéma de transfert aux départements proposé par la mission appelle en contrepartie, au plan des principes même qui le fondent, une intervention renouvelée des services de l'Etat. En effet, le domaine de la compensation de la perte d'autonomie est un secteur de l'intervention des pouvoirs publics d'une sensibilité particulière qui concerne très directement la vie des citoyens, qui touche des publics le plus souvent fragiles, en nombre important et qui mobilise des sommes considérables. De plus, il s'agit là d'une politique qui est et devra demeurer nationale même si sa gestion relèvera du niveau départemental, ce qui suppose des mécanismes de contrepoids qui soient de nature à assurer une égalité d'accès de tous aux droits et un traitement équitable de leur situation. Cette démarche visant à assurer l'égalité de traitement sur le territoire correspond à une demande forte et légitime de la plupart des interlocuteurs de la mission.

Depuis les lois de décentralisation de 1982-83 et la loi du 18 décembre 2003 relative au Revenu minimum d'insertion, les départements disposent de compétences étendues dans le champ social qui couvrent, en tout ou partie, les champs de la protection de l'enfance, de l'exclusion, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Or, jusqu'à présent, les modalités de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre de ces compétences par les départements sont restées limitées, de la part des services de l'Etat. D'une part en effet, s'il est vrai que les services de l'Etat et en particulier la mission régionale et interdépartementale d'inspection et de contrôle (MRIICE), composante des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), disposent de compétences relativement importantes de contrôle sur des dispositifs décentralisés, exercées d'ailleurs le plus souvent de façon conjointe avec les services du département, celles-ci ne trouvent à s'exercer, en pratique, que dans le domaine des établissements et encore le plus souvent de façon irrégulière et répondant à une logique ponctuelle et non systématique. D'autre part, ces services ne disposent pas d'une compétence générale d'évaluation de la mise en œuvre d'un dispositif social par un département, compétence qui n'appartient qu'à l'Inspection générale des affaires sociales, laquelle n'est pas en mesure d'exercer cette compétence de façon systématique pour l'ensemble des départements²⁸.

Par ailleurs, le contrôle mis en œuvre par le préfet de département au titre du contrôle de légalité est lui aussi insuffisant. En ce domaine, comme souvent dans le champ social, il est réduit à un contrôle formel ou à un contrôle minimal, réduit à l'erreur manifeste d'appréciation.

Aussi importe-t-il de prévoir que, parallèlement aux transferts de compétence, les services de l'Etat puissent disposer d'une meilleure connaissance des politiques sociales décentralisées, qui leur permettrait de déclencher, le cas échéant, des contrôles appropriés. Cette exigence suppose l'extension juridique des compétences des services déconcentrés du ministère avec notamment la possibilité de mener des évaluations centrées sur un bloc de compétences d'un département (personnes âgées, personnes

²⁸ A titre d'exemple, l'IGAS ne procède à un contrôle complet des compétences concernant l'Aide sociale à l'enfance que pour deux ou trois départements par an, ce qui induit une probabilité de contrôle pour un département réduite à 1/ 50^{ème}.

handicapées), afin de donner à la MRIICE, dont le pilotage est assuré par l'IGAS par le truchement de la mission d'animation des fonctions d'inspection (MAFI), une compétence allant au-delà des contrôles ponctuels sur des établissements.

Le niveau régional apparaît dans cette perspective le plus pertinent non seulement du fait des tendances actuelles de regroupements de services à ce niveau mais aussi pour permettre aux services de contrôle de s'abstraire en partie du contexte départemental et d'être en mesure de procéder à des comparaisons entre les départements de la région.

Cette volonté d'un renforcement de l'exercice concret de ces compétences suppose également une augmentation du personnel affecté à ces tâches laquelle pourrait d'ailleurs être obtenue par redéploiement interne du fait du basculement de compétences des services déconcentrés vers les départements.

Cette réforme constitue au demeurant un point d'application de la modernisation de l'Etat et du redéploiement des missions de celui-ci, d'une mission de gestion vers une mission, mobilisant des compétences et des métiers différents, de garant de l'égalité d'accès au droit sur l'ensemble du territoire. Cette rénovation du rôle de l'Etat apparaît comme une condition indispensable pour que les services de l'Etat du niveau régional soient en mesure, par une capacité d'expertise accrue, de renforcer à la fois leur moyens de contrôle et d'évaluation des dispositifs décentralisés et leur légitimité à le faire.

3.2 Le dispositif national

A titre liminaire, il convient de préciser que le rôle et les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne sauraient se concevoir de façon autonome sans prendre en compte, le rôle que doit et devra continuer à jouer l'Etat dans sa fonction d'orientation, de fixation des normes et de contrôle de la bonne application de celles-ci, afin de donner au dispositif, dont la gestion sera assurée au niveau local, un cadre national de nature à garantir aux personnes une égalité d'accès aux droits et un traitement équitable. A cet égard, la CNSA doit être comprise comme une modalité de l'organisation par l'Etat de l'exercice de ses compétences en ce domaine, comme un démembrement fonctionnel de celui-ci, et non comme une entité autonome ayant sa légitimité propre, assumant la totalité des responsabilités en ce secteur et portant le risque financier qui s'attache aux politiques menées.

Le périmètre de la CNSA, tel qu'il est envisagé par la mission, intègre une large part des missions qu'il avait été proposé de confier à une agence nationale des handicaps à savoir l'appui aux acteurs par la fourniture des outils d'évaluation, des référentiels, le conseil et la mise à disposition d'une information fiable, et enfin la garantie de la qualité du service rendu. Le schéma proposé par la mission est donc de faire jouer à la CNSA ce rôle essentiel, et de ne pas créer d'agence nationale des handicaps afin de ne pas multiplier les structures administratives.

Les deux éléments ci-dessus, combinés au fait que le mot « caisse » est en pratique associé par la plupart des interlocuteurs à des dispositifs procédant de l'organisation des régimes de sécurité sociale, devrait conduire - afin d'éviter toute ambiguïté - à préférer à l'appellation de Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, celle d'Agence nationale de solidarité pour l'autonomie (ANSA). La mission a donc fait le choix de cette dénomination pour la suite du rapport.

L'Agence nationale de solidarité pour l'autonomie, dont le périmètre exact d'intervention a été conçu en miroir des compétences locales relatives à la prise en charge de perte d'autonomie (II-1), devrait exercer d'une part, une fonction essentielle d'aide aux acteurs, d'évaluation et de mise en cohérence des politiques locales (II-2) et, d'autre part, une fonction financière de répartition des moyens entre les départements combinant des paramètres objectifs et des enveloppes ciblées définies sur une base contractuelle (II-3). A un directoire et un conseil de surveillance, pourraient être ajoutés un conseil scientifique et un conseil de tutelle pour assurer la gouvernance de la Caisse (II-4).

3.2.1 Périmètre d'intervention de l'ANSA

Afin de lui conférer une véritable identité et d'écartier les risques d'une structure « fourre-tout », il est essentiel de centrer son périmètre d'intervention sur les politiques de compensation de la perte d'autonomie en direction tant des personnes âgées que des personnes handicapées. Il importe en outre, pour qu'elle assume au mieux sa fonction de garant national des politiques mises en œuvre au niveau local par les départements,

que ce périmètre recouvre le champ des compétences exercées par ceux-ci en ce domaine.

Les propositions de la mission en cette matière, de même que celles relatives aux compétences qui devraient être transférées aux départements, prennent en compte les dispositions des lois précitées relatives, d'une part, à un dispositif de solidarité pour l'autonomie et, d'autre part, aux personnes en situation de handicap, mais s'inscrivent dans une perspective plus large et de long terme qui s'écartent donc, sur certains points, des dispositifs prévus dans ces projets de lois.

3.2.1.1 Le champ d'intervention de la caisse dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

En premier lieu, le champ d'intervention de l'ANSA inclura, par substitution pure et simple au FFAPA, la contribution au financement de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour la part prise en charge actuellement par l'Etat, grâce, au remboursement du prêt du FFAPA et à la répartition d'enveloppes calibrées en fonction de critères de péréquation entre les départements.

En second lieu, entreront dans le champ d'intervention de l'ANSA les forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que les programmes de médicalisation de ceux-ci, leur tarification étant confiée au plan local au département.

En troisième lieu, et de façon au demeurant cohérente avec le projet de loi relatif aux libertés et responsabilités locales qui confie au département la coordination de l'ensemble des mesures de maintien des personnes à domicile, le périmètre d'intervention de l'ANSA comprendra les services concourant au maintien à domicile des personnes y compris les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), à l'exception cependant de l'aide ménagère prise en charge par la CNAVTS.

Concernant ce dernier point, la mission a relevé que l'éventualité d'un transfert des compétences et des crédits de la CNAVTS concernant l'action sociale facultative à destination des personnes âgées en GIR 5 et 6 au titre de la prévention de la perte d'autonomie pourrait être envisagée dans la perspective de confier au département, compétent désormais sur la coordination gérontologique, l'ensemble des leviers d'action dans ce domaine. Cependant, outre que les termes de la lettre de mission n'incluaient pas les crédits de l'assurance vieillesse, il lui a semblé qu'une telle question se posait en des termes généraux incluant les autres financeurs à savoir notamment les autres régimes obligatoires de base et les régimes complémentaires, et que s'agissant de prestations extra-légales, elle ne saurait être abordée qu'à l'occasion d'une réflexion d'ensemble portant sur le principe et les modalités d'une action sociale propre aux régimes de retraite.

3.2.1.2 Le champ d'intervention de la caisse dans le secteur de la prise en charge des personnes handicapées

L'agence nationale de solidarité pour l'autonomie couvrira le secteur de la compensation du handicap sous les aspects, d'une part, des prestations individuelles et,

d'autre part, du financement des établissements et services. En revanche, ce champ d'intervention n'inclut ni l'Allocation aux adultes handicapés²⁹ qui n'est pas une allocation visant à la compensation du handicap mais un revenu d'existence, dont la nature est d'ailleurs confortée par la création d'une prestation de compensation, ni l'Allocation d'éducation spéciale qui a le caractère d'une prestation familiale. Il n'inclut pas non plus les dispositifs qui concourent à renforcer l'accessibilité des bâtiments ou des transports aux personnes en situation de handicap.

Le périmètre de responsabilités de l'ANSA inclurait donc en premier lieu la prestation de compensation du handicap dont le principe a été posé dans le projet de loi déjà cité, laquelle permettra de prendre en charge :

- les aides humaines³⁰ pour lesquelles la prestation de compensation remplacera l'ACTP et en renforcera les effets, dans la mesure où la PCH donnera droit, en moyenne, à un volume d'heures de tierce personne supérieur ;
- les aides techniques pour lesquelles la réalité est aujourd'hui complexe car elles sont financées pour partie par la sécurité sociale et pour partie par le secteur associatif ou des fonds d'assistance d'organismes divers dont les départements. La mission propose³¹ que les aides techniques spécifiquement dédiées aux personnes en situation de handicap³² soient prises en charge dans le cadre de la prestation de compensation du handicap ;
- l'aide à l'aménagement du logement ;
- les aides spécifiques ou exceptionnelles de type aide animalière, acquisition ou entretien de produits liés au handicap.

L'ANSA couvrira également le domaine des établissements pour adultes et enfants handicapés qui étaient financés en tout ou partie par l'assurance maladie, à savoir les foyers d'accueil médicalisé et les maisons d'accueil spécialisées, les instituts médico-pédagogiques, médico-éducatifs et les instituts de rééducation, le département devenant le tarifificateur unique. Concernant les centres de rééducation professionnelle (CRP), la mission estime que la question qui pourrait se poser à leur sujet serait plutôt celle de leur décentralisation à la région au titre de la compétence qui est reconnue à celle-ci pour la formation professionnelle.

²⁹ Il serait toutefois logique, à un horizon rapproché, de transférer aux départements, sans les faire transiter par l'ANSA, les crédits d'AAH (la gestion pouvant continuer à être exercée par les CAF), dans la mesure où le département devient le pilote identifié de la maison départementale des personnes handicapées et présidera la CDA qui attribuera l'AAH. Plaide également en ce sens le fait que les départements viennent de se voir attribuer la compétence de gestion du RMI, dont une part des bénéficiaires potentiels est susceptible de se confondre avec certains des bénéficiaires de l'AAH (article L. 821.2 du code de la sécurité sociale qui permet d'attribuer le bénéfice de l'AAH à des personnes dont le taux d'incapacité se situe entre 50 et 80 % : le nombre est évalué à 87 000 personnes).

³⁰ Cette prestation est subsidiaire par rapport à d'autres aides ouvertes par ailleurs au titre d'un régime de sécurité sociale

³¹ La mission s'inscrit à cet égard pleinement dans les propositions du rapport du professeur LECOMTE, publié en mars 2003.

³² Cette inclusion des aides techniques dans le périmètre de l'agence supposerait également une modification des règles de l'APA puisque ces aides techniques seront sorties du périmètre de la liste des produits et des prestations.

Dans le cas des établissements pour enfants, qui comportent une part de scolarisation, le département assurerait la tarification, le contrôle de l'établissement et ses frais de fonctionnement hormis pour ce qui concerne le personnel enseignant, qui comme aujourd'hui, relève de l'Education nationale, selon un schéma juridique comparable à celui des collèges.

Par ailleurs, le champ d'intervention de l'ANSA s'étendra aussi aux services d'auxiliaires de vie scolaire et aux dispositifs pour personnes lourdement handicapées, qui devraient au demeurant être intégrés dans la nouvelle prestation de compensation.

Enfin, la compétence générale de l'ANSA couvrira les centres d'aide par le travail (CAT) non seulement pour ce qui concerne le financement du budget principal d'activité sociale (BPAS) mais aussi pour le complément de rémunération des travailleurs handicapés sous la forme d'une aide au poste (ex-GRTH), telle qu'elle est prévue par le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Cette évolution des responsabilités à l'égard des CAT apparaît nécessaire afin de permettre des parcours plus fluides et facilités entre les différents établissements susceptibles d'accueillir une personne handicapée au cours de sa vie (IME, CAT, foyers de vie, etc.) qui désormais relèveront d'un même financeur et d'un seul responsable local.

3.2.2 Mission de régulation de l'ANSA

Elle exercera une mission de régulation des politiques en faveur des personnes en perte d'autonomie et veillera au respect des principes et des règles générales de fonctionnement définis par les pouvoirs publics.

3.2.2.1 Veiller et contribuer à garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire

L'agence nationale aura comme mission centrale de veiller à la cohérence des politiques menées et de garantir une mise en œuvre homogène sur l'ensemble du territoire. Cette mission comportera, outre les aspects financiers traités en point 3, trois dimensions principales que sont l'aide aux responsables locaux, le suivi et l'évaluation des politiques menées au plan local, et la structuration des actions de recherche et d'études.

➤ Aide aux usagers et aux acteurs locaux

Afin de contribuer à garantir l'égalité d'accès aux droits et un traitement équitable sur le territoire et permettre aux acteurs locaux de disposer d'une aide dans l'exécution de la mission qui leur est confiée, il conviendra de définir des outils méthodologiques à vocation nationale qui constitueront les référentiels utilisés par les équipes d'évaluation et les commissions départementales avec la perspective du remplacement des critères de taux d'incapacité fondés sur le guide barème de 1993.

A ce titre, si la détermination de cet outil d'évaluation multidimensionnel relève de l'Etat au titre de son pouvoir normatif, l'ANSA aura un rôle-clé à jouer en ce domaine et devrait être chargée de rassembler des propositions sur la base de travaux

scientifiques coordonnés par le comité scientifique. Cet outil devrait avoir vocation, à terme, à être utilisé pour toutes les personnes en situation de perte d'autonomie quel que soit leur âge, permettant l'attribution de l'APA et de la prestation de compensation prévue dans la loi relative à l'égalité des chances des personnes handicapées.

En outre, il appartiendra à l'ANSA de constituer un pôle d'expertise et de connaissance sur les aides techniques afin d'être en mesure de diffuser une information, accessible, complète et fiable sur les aides techniques existantes, quelle que soit la nature du handicap. Ce pôle de référence dans le domaine des aides techniques aurait une double utilité : d'une part à destination des équipes d'évaluation locales qui sauront, en toute connaissance de cause, quelles aides techniques sont disponibles sur le marché pour en proposer le financement dans les plans d'aide et, d'autre part, en direction des personnes en situation de handicap elles-mêmes, afin que celles-ci, par exemple entre deux évaluations ou pour celles des personnes en situation de handicap qui ne solliciteraient pas de PCH, aient à leur disposition, grâce à l'ANSA, toute l'information dont elles ont besoin (site Internet, plaquettes de présentation, listes de référence).

Enfin, il reviendra à l'ANSA d'avoir un rôle de promotion d'actions de modernisation visant à la fois la qualité des prestations et la diversification de l'offre. Dans cette perspective, l'agence pourra procéder à un recensement, une valorisation et une diffusion des pratiques innovantes. En outre, les contrats d'objectifs (cf. *infra*), pourront prévoir, pour les départements qui s'engageraient dans cette voie, des financements spécifiques pour des actions de formation, de qualification ou de toute autre nature, contribuant à l'amélioration de l'offre locale. En ce sens, cette fonction remplacera le Fonds de Modernisation de l'aide à domicile (FMAD).

➤ Suivi et évaluation des politiques menées au niveau local

Afin de pouvoir assurer un suivi complet et précis de la gestion par les départements des politiques nationales en direction des personnes en perte d'autonomie, il importe de pouvoir s'appuyer sur un système d'information national performant. Naturellement, l'ANSA ne doit pas mettre en place un système d'information statistique qui concurrence le système d'information public (INSEE, DREES, DARES, etc.) lequel organise d'ores et déjà, sous une forme standardisée, la remontée des données en provenance des départements. Cependant du fait de sa mission d'ensemble d'évaluation, l'ANSA se doit à la fois d'être partie prenante du réseau statistique public - parce qu'elle aura en sa possession des informations de type financier qu'elle devra partager avec les autres acteurs du système statistique public, et d'organiser l'appropriation et l'exploitation, essentiellement pour évaluer les dispositifs, de l'ensemble de ces données, concernant les personnes en perte d'autonomie.

Relèvent également pleinement de cette fonction générale de suivi et d'évaluation de l'agence, l'analyse des pratiques, la mise en évidence et la diffusion des « bonnes pratiques », pour éviter que chaque département s'efforce par lui seul de découvrir des modalités pertinentes d'organisation qui existeraient déjà par ailleurs. Dans cette optique, il appartiendra par exemple à la CNSA d'assurer un suivi des formes qu'auront pu prendre les maisons départementales des personnes handicapées, ou les équipes d'évaluation et d'en mutualiser les bonnes pratiques.

Au-delà de l'activité statistique de recueil des données déjà évoquée, il sera nécessaire que l'agence nationale développe une fonction d'exploitation et de synthèse, département par département et en continu, des données fournies par les départements et les comités départementaux de solidarité pour l'autonomie ainsi que, le cas échéant, du contentieux, des rapports d'inspection des services de l'Etat, etc. Cette analyse et cette exploitation des données serviront en l'occurrence à des travaux généraux d'évaluation sur pièce des modalités de la gestion par les départements des politiques nationales en direction des personnes en perte d'autonomie.

En cas d'interrogation sur la conformité de la gestion locale assurée, au regard des règles définies nationalement, l'ANSA devra être en mesure de demander au ministère de saisir l'Inspection générale des affaires sociales pour que celle-ci procède à une évaluation approfondie sur place.

Enfin, sur la base de ces travaux, l'ANSA procédera à la publication au plus tard en septembre, d'un rapport annuel portant sur la dernière année d'exercice et établissant un bilan d'ensemble des politiques départementales menées en direction des personnes âgées et des personnes handicapées et de ses résultats, et formulant toute proposition sur les corrections ou inflexions souhaitables s'agissant tant du cadre général que des conditions de mise en œuvre concrètes dans tout ou partie des départements.

➤ Structuration des actions de recherche et d'étude

S'il n'apparaît aucunement souhaitable de faire de l'ANSA un organisme d'études et de recherche, il importe en revanche qu'elle soit capable en ces domaines de jouer un rôle structurant en orientant les travaux menés et en diffusant de façon la plus large possible les résultats. Cette fonction devra s'accompagner de la possibilité pour l'Agence nationale de lancer des procédures d'appels d'offres relatifs à des travaux de recherche afin non seulement de disposer des résultats mais aussi, par ce biais, de contribuer à l'orientation des études et travaux en ce domaine.

Cette activité, qui suppose le développement de liens conventionnels avec les organismes existants (CTNERHI, CREA, Fondation Nationale de Gérontologie, etc.), pourrait également s'étendre à des réflexions de nature prospective sur les politiques à mener pour assurer sur le long terme des réponses adaptées aux problèmes soulevés par la perte d'autonomie. Cette fonction inclura aussi le recueil et la capitalisation des politiques et des expériences menées à l'étranger.

3.2.2.2 *Veiller à une répartition harmonieuse des équipements sur le territoire*

Les compétences de planification³³ et d'autorisation des établissements et services devraient revenir au département auquel on confie la totalité du pilotage de ce secteur. Ainsi, doté de l'ensemble de la responsabilité de tarification et d'autorisation des établissements et services, le département, en relation étroite avec le niveau régional et

³³ Ceci concorde d'ailleurs avec le projet de loi relatif aux libertés et responsabilités locales qui prévoit que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale seront de la seule compétence du département et ne relèveront plus d'une compétence conjointe.

le CROSMS, sera en mesure d'organiser une répartition adéquate de l'offre de service sur le territoire départemental.

Au delà de l'articulation à maintenir entre chaque département et les autorités régionales chargées de la planification (cf. 3.1.2.1), il apparaît à la mission que l'agence nationale devra jouer un rôle structurant en ce domaine, d'une part pour contribuer à un rééquilibrage des capacités d'accueil sur l'ensemble des départements et, d'autre part, pour programmer directement les équipements dépassant la seule capacité d'un département

En effet, les disparités géographiques en termes d'équipement et de services destinés tant aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées sont aujourd'hui considérables et doivent être progressivement corrigés.

Pour cela, un élément fondamental du dispositif proposé par la mission réside dans l'élaboration de contrats d'objectifs à caractère pluriannuel (3 à 5 ans) conclus entre l'ANSA et les départements. Ces contrats devraient intégrer trois composantes :

- dresser l'état des lieux des équipements et services existants sur le territoire et recenser les besoins de la population ;
- décrire précisément les conditions dans lesquelles ils entendent s'organiser pour exercer concrètement les compétences qui leur sont ainsi conférées
- indiquer l'ensemble des crédits provenant de l'Agence qui leur sont alloués (cf.3.2.3.2.)

Ainsi, ces contrats permettraient de déterminer le rythme minimal de modernisation, de renouvellement et de création des services et établissements destinés à l'accueil de personnes en situation de perte d'autonomie. Pour ce faire, un jeu d'indicateurs devrait être construit sur la base de ratio d'équipements (par exemple, taux de tel établissements par tranche de population), de taux de couverture, de taux de médicalisation etc, permettant de construire un système général avec des critères de convergence.

Les départements constituant souvent une entité à la taille trop restreinte pour pouvoir accueillir en leur sein des établissements destinés au traitement de handicaps rares et nouvellement reconnus, l'ANSA doit être également en mesure d'élaborer des propositions visant à établir un cadre national de planification de ces équipements. Pour ces catégories particulières de handicaps, une programmation soit nationale (par exemple les épileptiques) soit régionale (par exemple pour les traumatisés crâniens) doit demeurer le fait de l'ANSA qui financera en conséquence les programmes de création d'établissement à travers les dotations des départements accueillant ces établissements (cf. point 3.2.3.2.).

3.2.2.3 Garantir l'utilisation au seul profit des personnes dépendantes des ressources dégagées

L'Agence nationale a vocation à rassembler, dans un cadre juridique et comptable transparent, l'ensemble des ressources affectées aujourd'hui à la compensation de la perte d'autonomie, quelles qu'en soient l'origine et la nature (Etat, Assurance maladie,

contribution des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, recettes fiscales nouvelles affectées). Afin de pouvoir identifier les crédits pour les personnes âgées et personnes handicapées et d'en garantir l'utilisation à leur seul profit, son budget sera décomposé en deux sections étanches.

Au niveau local, l'état budgétaire annexe mentionné au point 3.1.3.1, qui devra faire apparaître distinctement les efforts consentis en faveur des personnes âgées d'une part, et des personnes handicapées, d'autre part, garantira cette même transparence.

3.2.3 La mission financière

L'ANSA, dans le schéma institutionnel proposé, ne saurait avoir pour mission d'assumer financièrement la charge des politiques menées. Elle ne saurait que contribuer à leur financement.

Il doit être clair en effet – et le qualificatif d'agence plutôt que de caisse est de nature à éviter cette ambiguïté – que les compétences exercées par les départements en ces matières le seront sous leur responsabilité, y compris financière, comme c'est le cas aujourd'hui pour l'ensemble des compétences qu'ils exercent. Concevoir qu'il en serait autrement au cas d'espèce reviendrait à faire des départements de simples guichets, exécutant les politiques définies par l'Etat au plan national et financées par lui via l'ANSA. Un tel schéma n'est conforme ni au souci de responsabilisation des gestionnaires ni surtout au principe de libre administration des collectivités territoriales posé par la constitution.

3.2.3.1 Mobiliser les financements

Les financements que l'ANSA sera en mesure de mobiliser pour la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie proviendront de plusieurs sources différentes : le produit de la contribution de 0,3% acquittée par les employeurs publics et privés, de la contribution additionnelle de 0,3% portant sur les revenus du patrimoine et sur les revenus de placement, les recettes fiscales affectées antérieurement au FFAPA, les ressources correspondant aux compétences transférées par l'Etat et l'assurance maladie.

Concernant le produit des contributions de 0,3%, une répartition égale sera effectuée au sein du budget de l'agence entre les crédits qui financeront tout ou partie des dispositifs bénéficiant aux personnes en situation de handicap de plus de soixante ans et les crédits qui financeront, en tout ou partie, les dispositifs bénéficiant aux personnes en situation de handicap de moins de soixante ans.

L'ensemble de ces crédits représentera environ 17 milliards d'euros, dont environ 3 milliards provenant du produit des deux contributions de 0,3 % citées, et des sources de financement actuelles du FFAPA (0, 1 % de CSG et contribution des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse). Les volumes financiers correspondant aux compétences transférés à l'ANSA pourraient en première approche être de l'ordre de 14 milliards d'euros selon la décomposition suivante (en millions d'euros) :

Tableau n° 1: Estimation³⁴ 2004, en millions d'euros, des dépenses à la charge du budget de l'Etat et de l'assurance maladie

<i>Dépenses budget Etat</i>	<i>Montant</i>	<i>Dépenses budget assurance maladie</i>	<i>Montant</i>
Sites pour la vie autonome (fonctionnement et fonds de compensation)	30	SSIAD	840
Centres d'aide par le travail	1 140	Etablissements pour enfance inadaptée	4 060
Garantie de ressources des Travailleurs Handicapés CAT	1 080	SESSAD	380
Auxiliaires de vie	55	Etablissements pour adultes handicapés	1 440
Auxiliaires d'intégration scolaire	5	Forfaits soins EHPAD	2 790
		USLD	1 500
		Aides techniques inscrites sur la LPP	720
Total	2 311	Total	11 730
Total général			14 040

La mission recommande, pour ce qui concerne le financement de la prise en charge des dispositifs actuellement financés par l'Etat et l'Assurance maladie, l'affectation d'une recette fiscale au budget de l'ANSA plutôt que de crédits qui continueraient à être votés dans le cadre de la LFI ou de la LFSS. Le choix de l'affectation d'une recette fiscale aurait en effet pour avantage principal de sécuriser les financements et d'éviter de recourir à des transferts annuels de crédits qui nuisent à la lisibilité et à la transparence des financements de la protection sociale.

S'il est envisageable de retenir deux recettes différentes pour la compensation de des transferts de compétences respectifs de l'Etat et de l'Assurance maladie, la mission préconise, dans un souci de lisibilité et de simplicité qu'une seule recette soit affectée à l'agence pour l'ensemble des transferts³⁵.

S'agissant du choix de cette recette fiscale, la mission a considéré qu'il ne lui appartenait pas de formuler des propositions sur une question qui renvoie à des problématiques beaucoup plus générales ayant trait tout à la fois au financement des transferts de compétences et au financement de l'Assurance maladie. Il lui est néanmoins apparu que deux voies méritaient d'être explorées prioritairement : soit une part de contribution sociale généralisée (CSG), soit une part de la taxe intérieure de

³⁴ Sources : les chiffres sont issus de la Direction de la Sécurité Sociale et correspondent à l'année 2004 revalorisés pour 2005. Ils ont été arrondis par la mission. Le chiffre concernant les aides techniques correspond à l'année 2001 et provient du rapport LECOMTE, précité.

³⁵ Dans cette hypothèse, un nouveau partage de recettes fiscales ou de charges devrait intervenir simultanément entre l'Etat et l'Assurance maladie pour assurer à chacune de ces entités la neutralité stricte de l'opération.

consommation sur les produits pétroliers (TIPP), calculées de façon à ce que leur produit corresponde aux dépenses actuelles :

- Le choix de la TIPP pourrait se justifier par le fait que c'est cette recette qui a été récemment choisie pour compenser les dépenses mises à la charge des départements au titre du revenu minimum d'insertion et qu'il subsiste pour elle, à la différence d'autres recettes, des marges de manœuvre ;
- le choix de la CSG, ou plus précisément d'une fraction de la CSG (qui pourrait s'appeler contribution autonomie généralisée) permettrait d'affirmer le caractère de solidarité nationale des politiques menées et assurerait une bonne adéquation entre le dispositif mis en place et son financement³⁶. De plus, cette recette, dont il convient toutefois de rappeler qu'elle a vocation à financer la sécurité sociale, s'appuie sur une assiette large et diversifiée qui permettrait de conférer au financement de l'ANSA et de la prise en charge de la perte d'autonomie un rythme d'évolution régulier.

Le schéma proposé s'apparente à une « cible » à atteindre le plus rapidement possible. La mission a toutefois conscience des difficultés éventuelle d'une mise en œuvre immédiate en ce domaine. Aussi pourrait-il être envisagé, mais à titre purement transitoire, pour ne pas perturber le processus de réflexion actuel sur la réforme globale de l'assurance maladie et de son financement, ainsi que le volet financier de la décentralisation, que l'ANSA bénéficie d'une dotation globale de crédits mise à la charge des régimes d'assurance maladie, votée dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, dotation qui ne saurait être inférieure à la charge transférée, ainsi que, dans les mêmes conditions, d'une dotation de crédits d'Etat votée en loi de finances.

En tout état de cause, les enjeux de la compensation de la perte d'autonomie et les sommes très importantes que cela représente justifient, selon la mission, qu'à la différence de la situation actuelle concernant le FFAPA, le Parlement puisse chaque année prendre connaissance, débattre et le cas échéant arrêter les décisions qu'appellent cette politique et son financement.

A cette fin, il conviendrait que le conseil de surveillance de l'ANSA envoie tous les ans, en septembre, un rapport sur l'exécution de son budget au Parlement. Celui-ci pourra s'en saisir pour organiser, selon les modalités qu'il juge appropriées, un débat relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie et, en tant que de besoin, le vote des dispositions nécessaires.

La mission n'avait pas mandat pour formuler des propositions précises sur une question qui relève des prérogatives du Parlement. Il lui est toutefois apparu nécessaire de souligner, pour nourrir la réflexion en ce domaine, qu'eu égard à la dimension de solidarité des politiques en cause et à l'impérieuse nécessité de conserver une articulation étroite entre la politique sanitaire dans son ensemble, cet examen annuel, et, le cas échéant, le vote des dispositions utiles, avait assez naturellement vocation à se faire à l'occasion de l'examen des lois de financement de la Sécurité sociale, ce qui

³⁶ De nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné que cette même logique de solidarité nationale devrait conduire à élargir l'assiette de la contribution de 0,3 % à tous les revenus d'activité et de remplacement, sur le modèle de la CSG. La mission souscrit à cette analyse.

supposerait vraisemblablement une adaptation des dispositions de la loi organique qui les régissent.

3.2.3.2 Transférer les ressources financières aux départements

La deuxième grande mission de l'ANSA en matière financière consistera à transférer aux départements les ressources qui auront été rassemblées.

➤ Les principes généraux de la répartition des financements

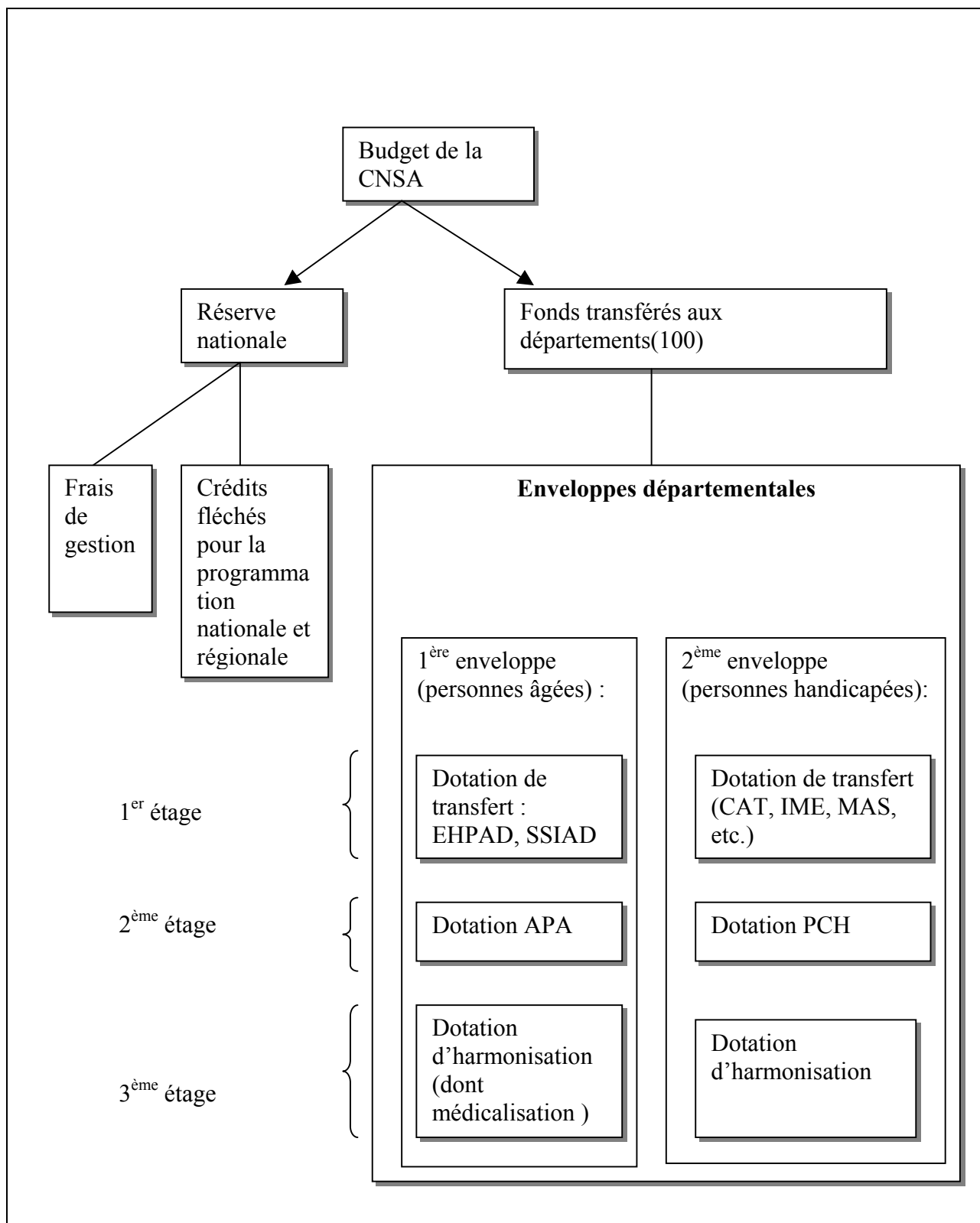
Cette répartition s'opérera en deux sous-ensembles, selon qu'il s'agit de dépenses à destination de personnes âgées dépendantes ou de personnes en situation de handicap, chacun d'entre eux étant composé de trois étages.

Pour chaque département, l'ANSA définira deux « enveloppes »:

- La première enveloppe correspondra à la compensation des charges liées aux transferts de compétences dans le secteur des personnes âgées dépendantes avec les forfaits soins en EHPAD et les SSIAD (1^{er} étage), la contribution nationale au financement de l'APA (2^{ème} étage) et, enfin, des crédits d'harmonisation et d'amélioration qualitative des équipements grâce aux surplus, répartis selon des critères de péréquation (3^{ème} étage) ;
- l'autre enveloppe correspondra à la compensation des charges résultant des transferts de compétences dans le secteur des personnes en situation de handicap (IME, IR, FAM, MAS, CAT, GRTH) (1^{er} étage), au financement de la prestation de compensation du handicap (2^{ème} étage) et, enfin, les crédits d'harmonisation et d'amélioration qualitative des équipements grâce aux surplus répartis selon des critères de péréquation (3^{ème} étage).

Concernant les règles de gestion par les départements des dotations allouées par l'ANSA, il y a lieu de prévoir une fongibilité des crédits à l'intérieur de chacune des deux enveloppes (personnes âgées et personnes en situation de handicap) accompagnée d'une justification à l'euro près de l'emploi des crédits, mais pas de fongibilité entre les deux grandes enveloppes et donc, *a fortiori*, pas de fongibilité à l'intérieur d'un même étage : ainsi, il ne sera pas possible à un département de financer, par exemple, un supplément de prestation de compensation du handicap sur la dotation « APA ».

Modalités de répartition du budget de l'Agence nationale de solidarité pour l'autonomie



En parallèle et selon des critères qu'il faudra affiner, l'ANSA conservera dans la masse des crédits rassemblés, une réserve générale à caractère national qui aura pour objet, d'une part, de financer les programmes de création de places au niveau régional ou national pour les handicap rares ou toute forme de prise en charge nécessitant une planification de ce niveau et, d'autre part de financer les frais de gestion de l'ANSA, y compris les crédits d'étude et de recherche et de diffusion des bonnes pratiques.

Concernant le premier point, l'ANSA allouera cette part de la réserve nationale aux départements qui auront été choisis pour créer et faire fonctionner le ou les établissements supplémentaire sous forme de crédits fléchés dans le cadre des contrats d'objectifs passé entre l'Agence et le département.

➤ Le contenu des enveloppes étage par étage

Concernant le premier étage (« compensation des charges transférées »)

A partir d'un constat de l'existant, l'ANSA rassemblera et transférera chaque année aux départements les ressources correspondant aux compétences nouvelles qui leur seront transférées. Il sera nécessaire en préalable de procéder à un inventaire de toutes les dépenses actuellement à la charge de l'Etat ou de l'assurance maladie, qui devrait, sachant la complexité prévisible de l'exercice, être entamé le plus rapidement possible.

Ce transfert devra s'opérer sur la base des dépenses effectives constatées lors de l'année qui précède le transfert de compétences, en prenant comme population bénéficiaire de référence, celle qui réside dans le département ou qui y possède son domicile de secours. Ces dotations devront comporter un coefficient d'actualisation de ces bases « historiques » déterminé par la loi. Le choix de l'indice des prix, même s'il comporte le risque de créer des tensions budgétaires avec les responsables des budgets locaux, dégagerait, toutes choses étant égales par ailleurs, des marges de manœuvre financières supplémentaires pour corriger les disparités géographiques entre les départements.

L'ANSA, en ce domaine contribuera à la mise en œuvre du principe constitutionnel posé à l'article 72-2, qui dispose que « tout transfert de compétences entre l'Etat et une collectivité territoriale s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice. Toute création ou extension de compétences ayant pour conséquence d'augmenter les dépenses des collectivités territoriales est accompagnée de ressources déterminées par la loi ». A ce sujet, la mission fait l'hypothèse que ce principe trouve également à s'appliquer pour les transferts de compétences entre la sécurité sociale et une collectivité territoriale.

Concernant le deuxième étage (« contribution au financement des prestations nouvelles »)

En premier lieu, l'ANSA reprendra les fonctions dévolues par les textes au FFAPA s'agissant du financement de cette prestation et les exercera, à l'identique. Elle répartira selon des critères fixés par l'Etat et qui s'appliqueront de façon nationale, des dotations départementales visant à couvrir une partie, au titre de la solidarité nationale,

de la charge financière représentée par la gestion de l'APA et calculée selon des principes de péréquation visant à soutenir les départements qui ont le moins de ressources disponibles et le plus grand nombre de bénéficiaires de l'APA.

En second lieu, l'ANSA devra développer une fonction similaire à la précédente dans son principe - à savoir la répartition selon des critères définis par l'Etat sur proposition de l'ANSA, d'une enveloppe fermée - s'agissant de la contribution de la caisse au financement de la prestation de compensation du handicap, qui comme l'APA, va se construire à partir de l'ACTP actuellement à la charge des départements. Cette contribution sera financée par une partie des ressources additionnelles prélevées à l'occasion de la suppression du jour férié.

Concernant le troisième étage (« dotation d'harmonisation »)

Pour ce troisième étage, l'ANSA utilisera le différentiel prévisible entre les recettes et les dépenses provenant de la contribution de 0,3% ainsi que de la marge de manœuvre éventuelle, issue du mode de revalorisation des dotations de transfert.

Cette fonction est fondamentale, car elle permettra de poursuivre et de renforcer le mouvement de convergence de la prise en charge en établissements non seulement pour les personnes âgées mais aussi pour les personnes handicapées. Elle constituera enfin une modalité concrète de contribution à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

Une fois opérée par l'Etat le partage du différentiel entre l'enveloppe personnes âgées et personnes handicapées, l'ANSA procédera à sa répartition entre départements afin de corriger les disparités historiques constatées en termes d'équipements et de services.

Elle pourrait revêtir deux formes complémentaires. La première, qui devra être prépondérante, consistera en une répartition mécanique des crédits liée à l'application de paramètres objectifs, définis par une mesure objective des différences et fixés par l'Etat. C'est dans ce cadre précis que les programmes de médicalisation des établissements pour personnes âgées, fondés des critères de convergence (DOMINIC +35, clapet anti-retour, etc.) seront poursuivis et financés.

La seconde forme de cette répartition du surplus sera constituée par une répartition liée à une démarche de caractère contractuel entre les départements et l'ANSA permettant à cette dernière d'allouer des financements en fonction d'engagements précis des départements portant sur des priorités nationales arrêtées par l'Etat et selon des critères que l'Agence aura elle-même définis.

D'un point de vue pratique, le transfert des crédits selon la répartition décrite ci-dessus, s'effectuera dans le cadre des contrats d'objectifs passés entre l'ANSA et chaque département dont ces crédits constitueront une partie intrinsèque fondamentale. Ces contrats d'objectifs comporteront également, outre cette partie financière, des volets relatifs aux divers engagements des départements concernant, notamment, les aspects de programmation décrits au point 3.2.2.2.

TABLEAU n° 2 : Esquisse indicative du budget de l'ANSA en année pleine, correspondant au financement prévu dans le projet de loi et aux propositions de la mission, en millions d'euros :

<i>Charges</i>	<i>Montant</i>		<i>Produits³⁷</i>	<i>Montant</i>
	<i>Personnes âgées</i>	<i>Personnes handicapées</i>		
Réserve nationale dont :	65	65	Produit du 0,1 % de CSG	940
Frais de gestion	30		Produit en année pleine des deux contributions de solidarité pour l'autonomie de 0,3 %	2 100
Crédits fléchés pour la programmation nationale et régionale ³⁸	20	80	Contribution des régimes de base d'assurance vieillesse	61
Dotations départementales dont :	6 465	9 750	Recette fiscale (CSG ou TIPP)	14 043
Dotations de transfert	5 130 ³⁹	8 910 ⁴⁰		
Dotations « APA »	1 335			
Dotations PCH		840		
Dotations d'harmonisation	800 (à répartir)			
TOTAL	6 926	10 218	TOTAL	17 144

³⁷ Les trois premiers postes du budget concernant les produits proviennent des estimations fournies par le plan Vieillesse et Solidarité. Le quatrième poste correspond, en produit à recevoir, à l'estimation des dépenses aujourd'hui à la charge du budget de l'Etat et de l'Assurance maladie (voir tableau de l'estimation des dépenses poste par poste dans le tableau du point 3.2.3.1.)

³⁸ La répartition inégale des dépenses prévisibles entre les deux sections vient du fait que la mission a considéré que la problématique d'une programmation nationale et régionale pour des établissements spécifiques se pose en des termes plus importants du côté des établissements pour personnes handicapées (handicaps rares) que du côté des établissements pour personnes âgées.

³⁹ SSIAD (qui ont, par convention été portées en totalité, sur la section « personnes âgées »), forfaits soins en EHPAD, USLD.

⁴⁰ établissements pour enfants handicapés, établissements pour adultes handicapés, SESSAD, auxiliaires d'intégration scolaire, CAT, GRTH, sites pour la vie autonome (partie Etat), aides techniques inscrites à la LPP (qui ont, par convention été portées en totalité, sur la section « personnes handicapées »), auxiliaires de vie.

3.2.4 *Gouvernance de l'Agence nationale de solidarité pour l'autonomie*

3.2.4.1 *Une structure de pilotage sous la tutelle de l'Etat*

L'ANSA, qui doit être une structure d'état-major et non de gestion directe, capable de mobiliser l'expertise et les compétences, sera créée sous la forme d'un établissement public administratif, placé sous la tutelle de l'Etat, lequel pourrait conclure avec l'agence une convention d'objectifs pluriannuelle qui précisera son rôle, ses objectifs et les résultats attendus.

Il convient de rappeler ici que l'étendue du périmètre de compétences de l'ANSA – les politiques de compensation de la perte d'autonomie - ne recouvre qu'une partie du champ des politiques concernant le handicap ou les personnes âgées et qu'à l'intérieur même de ce périmètre particulier, l'Etat se doit naturellement de conserver sa fonction de fixation des normes législatives et réglementaires qui s'imposent et devront continuer à s'imposer aux responsables de la gestion locale des dispositifs.

Cette fonction est essentielle dans une perspective de garantie de l'équité sur l'ensemble du territoire. Ainsi, par exemple, il appartiendra à l'Etat de fixer les règles qui régissent l'attribution de l'APA, l'attribution de la Prestation de compensation du handicap, les critères de convergence des établissements vers un degré satisfaisant de médicalisation, de qualité de prise en charge, la formation des professionnels y compris de l'aide à domicile, etc.

Loin d'entamer la responsabilité de l'Etat dans la conception et l'orientation des politiques nationales consacrées à la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie, l'ANSA est au contraire la condition pour que ce dernier, débarrassé des fonctions de gestion, assume sa fonction centrale qui est de concevoir les politiques nationales, d'édicter les règles correspondantes et de veiller à l'égalité de traitement sur le territoire. C'est aussi la condition pour que, sur la durée, émerge une force d'expertise et de proposition permettant à la collectivité nationale de mener une politique ambitieuse et cohérente à la mesure du défi que représentera demain plus encore qu'aujourd'hui la perte d'autonomie.

Pour remplir les missions qui seront les siennes, l'agence devra disposer d'une capacité d'expertise reconnue et d'une légitimité fortes pour être en mesure de jouer le rôle de garant national d'un traitement équitable des personnes et de peser efficacement tant sur la définition des politiques nationales que sur les conditions de leur mise en œuvre par les départements.

3.2.4.2 *Un mode de gouvernance original*

Compte tenu de ses missions, l'ANSA ne peut pas être assimilée à un simple fonds de financement dont le conseil d'administration serait composé, comme celui du FFAP, de représentants de l'Etat. Compte tenu de sa nature, elle ne peut pas non plus

être assimilée à un organisme de sécurité sociale, faisant l'objet d'une gestion à caractère paritaire. Il importe donc de concevoir pour cette ANSA un mode d'organisation et de gouvernance original. Dans l'esprit de la mission, cette organisation doit répondre à quatre exigences :

- dissocier clairement la fonction exécutive (le directoire) de la fonction d'orientation stratégique et de contrôle (conseil de surveillance) ;
- assurer la représentation des responsables politiques, associatifs et sociaux dans cette fonction d'orientation stratégique et de contrôle, de manière à asseoir la légitimité de cette institution ;
- doter la caisse d'un conseil scientifique, afin d'assurer la crédibilité de ses travaux, de ses productions (en matière de référentiels, de statistiques ou d'évaluation) et des analyses prospectives ;
- organiser la tutelle sous la forme d'un conseil de tutelle assurant la représentation des différents départements ministériels concernés et désignant, en son sein, un chef de file.

L'organisation proposée aboutit ainsi à un conseil de surveillance chargé de la définition des orientations stratégiques de l'ANSA, du contrôle de l'activité du directoire, de l'évaluation des politiques menées au travers notamment d'un rapport annuel. Sa composition devrait se limiter à une vingtaine de personnes, réparties en trois tiers, auxquelles s'ajouteraient trois personnalités qualifiées :

- 6 représentants des Elus (parlementaires et conseils généraux) ;
- 6 représentants des usagers (3 représentants des personnes âgées désignés par le CNRPA, 3 représentants des personnes handicapées désignés par le CNCPPH) ;
- 6 représentants des organismes de protection sociale, élus par les conseils d'administration en leur sein: 2 par la CNAMTS, 2 par la CNAVTS, 1 par la CNAF, 1 par la CCMSA ;
- 3 personnalités qualifiées nommées par le gouvernement parmi lesquelles le président.

Le directoire devrait être composé de trois personnes nommées par le gouvernement après avis du conseil de surveillance, l'un des directeurs exerçant la fonction de président du directoire.

Outre les responsabilités relatives au fonctionnement et à l'organisation de l'Agence, le directoire aura la responsabilité d'arrêter le budget, de calculer les dotations et de signer les contrats avec chacun des départements.

Le conseil de tutelle représenté par son chef de file et qui regroupera des représentants des ministères en charge des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, du ministère du budget, et du ministère de l'intérieur participera aux travaux du conseil de surveillance.

Le personnel de l'agence devrait comporter, en première analyse, une cinquantaine d'agents de qualification élevée, dont une large part pourrait venir des services centraux et déconcentrés de l'Etat et des organismes de sécurité sociale.

Conclusion

Le dispositif tel qu'il est présenté par la mission dans ce rapport constitue une forme originale de décentralisation et de répartition des rôles entre les acteurs d'une politique sociale. Il repose sur l'idée fondamentale d'un lien nécessaire entre un niveau local de gestion des dispositifs de compensation par un acteur territorial, le département, en mesure de répondre le plus efficacement à une demande sociale de proximité, et un niveau national garant d'une application équitable de cette politique nationale renouvelée. Les deux volets étant, dans l'esprit de la mission, indissociables.

Ce partage des rôles entre les acteurs publics suppose également une approche redéfinie du rôle de l'Etat dont la présence sera plus que jamais nécessaire mais selon un mode renouvelé. Allégé des tâches de gestion et de pilotage direct, il doit être en mesure d'exercer sa fonction la plus importante qui est celle de définir les grandes orientations, le cadre normatif, et, notamment par des actions de contrôle et d'évaluation, d'en garantir la bonne application sur l'ensemble du territoire.

La mission est consciente que le dispositif proposé, en ce qu'il s'écarte des règles suivies traditionnellement tant en matière de décentralisation des politiques sociales que d'organisation de la protection sociale peut susciter légitimement des interrogations et des appréhensions auprès de l'ensemble des acteurs, faute pour eux de pouvoir s'appuyer sur des repères existants.

Elle est cependant convaincue que la cible définie est, sur la durée, de nature à permettre à la collectivité nationale de progresser significativement dans la voie d'une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie et d'ouvrir ultérieurement la voie à d'autres évolutions nécessaires concernant notamment un mode homogène de prise en charge de la compensation des incapacités quel que soit l'âge des personnes.

La coïncidence du projet de loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et du financement collectif supplémentaire issu de la journée de solidarité créent un contexte particulièrement favorable pour s'engager résolument dans cette voie en définissant un calendrier de mise en œuvre sur deux ou trois ans.

Annexe n° 1 : lettre de mission

Paris, le 22 DEC. 2003

En 1945, la sécurité sociale a été créée pour faire face aux risques liés à la maladie, à la vieillesse et aux accidents du travail, ainsi que pour répondre aux charges liées à l'arrivée d'enfants dans les familles. Aujourd'hui, un risque nouveau est apparu, celui de la dépendance ou de la perte d'autonomie, qui appelle des réponses nouvelles.

La dépendance est devenue une réalité pour des millions de Français et une préoccupation pour chaque famille : si l'allongement de la durée de la vie est l'aboutissement du rêve de toutes les générations qui nous ont précédés, il multiplie malheureusement les situations de perte d'autonomie.

Il est par ailleurs indispensable d'apporter une réponse renouvelée aux difficultés que connaissent les personnes handicapées qui vivent dans notre pays. Au-delà des droits reconnus par la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées, renforcés notamment par la loi du 10 juillet 1987, le droit spécifique à la compensation des conséquences du handicap doit désormais devenir effectif. Notre société doit également mieux prendre en compte la situation nouvelle des personnes handicapées vieillissantes.

L'obligation nationale d'assurer l'égalité des droits et des chances pour les personnes handicapées, comme l'accroissement et la diversité des situations de dépendance, appellent des réponses adaptées.

Le plan d'ensemble que j'ai rendu public le 6 novembre 2003 entend marquer de ce point de vue une rupture. Outre qu'il prévoit un effort financier considérable qui atteindra 9 milliards € d'ici 2008, il pose les principes devant guider la mise en place, dans notre système de protection sociale, d'une « caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » exclusivement dédiée à la prise en charge de ce risque nouveau. Elle devra en effet assurer un financement solidaire, une égalité de traitement sur le territoire et une gestion décentralisée au plus près des intéressés.

Cette caisse sera créée par voie législative pour collecter, dès le 1er juillet 2004, la recette procurée par la journée nationale de solidarité, retracée par un prélèvement de 0,3% de la masse salariale et par la cotisation de 0,3% prélevée sur les revenus du patrimoine et des placements. Elle affectera l'intégralité de ces sommes au financement des programmes pour les personnes âgées et les personnes handicapées que j'ai annoncés le 6 novembre dernier.

Il ne s'agit là que d'une première étape. Au-delà de cette nécessaire phase de transition, je souhaite en effet que soient ultérieurement confiées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les missions suivantes

- participer à la définition des orientations nationales relatives à la prise en charge des personnes dépendantes, notamment pour ce qui concerne les référentiels d'évaluation des situations de dépendance ;

- rassembler en un lieu unique les moyens mobilisables par l'Etat et l'assurance maladie pour prendre en charge la dépendance des personnes handicapées et des personnes âgées;
- favoriser l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire au nom de la solidarité nationale dans le respect des compétences des collectivités locales.

Dans un double souci de transparence et de proximité, cette caisse devra en particulier

- garantir l'utilisation au seul profit des personnes dépendantes des ressources dégagées au titre de la solidarité nationale ;
- déléguer les moyens financiers aux départements responsables de la mise en œuvre globale des outils de prise en charge des conséquences du handicap et de la dépendance (soins liés à la dépendance, aides financières, techniques, humaines, structures d'hébergement ou de travail ...)

Ces perspectives ambitieuses appellent des travaux préparatoires.

A cette fin, je souhaite que vous meniez les réflexions et les concertations nécessaires afin de définir le périmètre précis des activités de cette nouvelle caisse et, notamment, leur complémentarité avec les missions actuelles de la CNAMTS, de la CNAVTS et de la CNAF. Une attention toute particulière sera portée à l'indispensable dialogue à engager avec les représentants des collectivités locales.

Vous vous attacherez également à envisager des modalités de fonctionnement et de financement de cette caisse, ainsi que différents scénarios de montée en charge de celle-ci. Vous me proposerez par ailleurs des principes de gouvernance propres à cette nouvelle institution.

Vous disposerez en tant que de besoin de l'appui matériel nécessaire du ministère des affaires sociales, de l'emploi et de la solidarité, ainsi que du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et, le cas échéant, du ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales et du ministère délégué au budget.

Il conviendrait que, tout au long de votre mission, la concertation la plus ouverte soit menée avec l'ensemble des institutions et organisations concernées par le sujet.

Je souhaite enfin que votre rapport puisse m'être remis au plus tard à la fin du mois de mai 2003.



Jean-Pierre RAFFARIN

Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées**Associations et fédérations****ADEPHA**

M. Pascal CHAMPVERT

APF

Mme Marie Sophie DESSAULLE

M. Gérard PRIER

Association France ALZEHMER**CNCPH (Commission permanente)**

M. Jean Marie SCHLERET, président

M. GANTET, vice président

CNPSAA

M. GANTET

CNRPA

M. Georges GRULOIS, vice président et le bureau

FEHAP

Mme Isabelle DESGOUTE

Mme Véronique COVIN-LEROUX

FHF

M. David CAUSSE,

Mme Murielle JAMOT

FNACPA

M. Didier SAPY

Mme Isabelle BARGES

FNADEPA

Mme Françoise TOURSIERE

FNATH

M. ROYER

M. Arnaud de BROCA

FNMF

M. Etienne CANIARD ;

Mme Isabelle MILLET ;

M. Jean-louis BANCEL ;

M. Christophe RATEAU.

GRITA

M. Alain VILLEZ
M. Bernard ENNUYER

SYNERPA

M. Guy LAMARQUE
M. Luc BROUSSY
M. Yann REBOULLEAU

UNAFAM

M. CANEVA

UNAPEI

M. Régis DEVOLDERE
M. Laurent COQUEBERT

UNASSAD

M. FLAGEUL
M. VERNY
Mme Florence LEDUC

UNCCAS

M. Daniel LIELINSKI

UNIOPSS

M. Hubert ALLIER
M. Alain VILLEZ

Syndicats et représentants des employeurs :

CFDT

M. VEROLLET
M. PETITJEAN
M. JANIN

CFE- CGC

M. Pierre GAUTIER

CFTC

M. Michel MOÏSE-MIJON
M. HOGUET

CGPME

M. TISSIER

CGT :

Mme MIJO-ISABEY ;
Mme WAGNER ;
Mme Chantal HENRY
M. Régis SAPHORES

FO

M. RIVIERE
M. Franck URBANIAK
Mme VAVASSEUR

MEDEF

M. Bernard CARON

UNSA

M. JOLICLERC
Mme MARCHENOIR

Administration et caisses nationales de sécurité sociale

Délégation interministérielle aux personnes handicapées

M. Patrick GOHET

Direction générale de l'Action sociale

- M. Jean Jacques TREGOAT
- M. Bernard GARRO
- M. Philippe DIDIER-COURBIN
- Mme Pierrette TISSERAND
- M. BOULISSIERE
- Mme Joëlle VOISIN
- M. Joël BLONDEL
- M. Régis BAC

Direction de la Sécurité Sociale

- M. Dominique LIBAULT
- M. Pierre RICORDEAU
- M. Jean Luc VIEILLERIEBIERE
- Mme Raymonde TAILLEUR

Direction de l'administration générale, des personnels et du budget

- M. Etienne MARIE

Délégation Générale à l'emploi et à la formation professionnelle

- Mme Catherine BARBAROUX
- M. Stephan CLEMENT

Direction générale des collectivités territoriales

- M. François LUCAS et son équipe

Direction du budget

- M. François CARAYON et son équipe

Direction de la prévision

- M. Jean Luc TAVERNIER
- M. BENSALD
- M. Philippe LAFFON

Direction de l'enseignement scolaire

- M. Antoine de GAUDEMAR
- Mme Marie-claude MEGE-COURTEIX

CNAMTS

- M. Jean Marie SPAETH
- M. Daniel LENOIR
- M. Serge BOYER

CCMSA

- Mme GROS
- M. HUMEZ

CNAVTS

- MME KARNIEWITZ
- M. Patrick HERMANGE

Autres organismes et personnalités**Conseil économique et social**

- M. Maurice BONNET

Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les incapacités (CTNERHI)

- M. Marc DUPONT
- M. Marc MAUDINET

Mission d'appui aux COTOREP

- Mme Anne-Marie LEGER
- M. Philippe GROLEMUND

Fonds de Financement de l'APA

- M. Michel LAROQUE
- M. Jacques LENAIN

Mission MARTHE

- M. Jean Marie PALACH

M. Denis PIVETEAU, maître des requêtes au Conseil d'Etat

Déplacements en province :**Département du Val de Marne :**

- M. Christian Fournier, vice président du conseil général ;
- M. Francis NEHER, directeur général des services ;
- M. Alain PERRET, secrétaire général de la Préfecture ;
- M. Jean Luc BRIERE, DDASS ;
- M. Jean Paul MICHEL, DDTEFP ;
- M. Jean-Pierre DELAUBIER, Inspecteur d'académie ;

- Monsieur Yves Talhouarn, conseil général : directeur général adjoint chargé de la prévention et de l'action sociale ;
- Madame Martine Conin, Conseil général : directrice des interventions en faveur des adultes
- Madame Colette Patzerkowsky, Conseil général : médecin secteur personnes handicapées
- Monsieur Zribi, directeur général de l'AFASER (handicap mental)
- Monsieur Henry, président de l'UDAPEI (handicap mental)
- Monsieur Cardinal, Directrice du DIVAL (aide technique)
- Monsieur Gicquel, président de l'APOGEI (handicap mental et autisme)
- Monsieur Zorzetto, président de l'APAJH
- Monsieur Jean-Luc Mortet, délégué départemental de l'APF
- Monsieur Caulier, UNAFAM (handicap psychique)
- Madame Laurence Mesureur, responsable du service accueil information ;
- Monsieur Tourisseau, directeur des maisons de retraite ;
- Monsieur Champvert, directeur de maisons de retraite ;
- Monsieur Menessier, représentant de la FASSAD, directeur général d'Age et vie
- Madame Leroy-Raynal, directrice de la maison de retraite ;
- Docteur Cottet, représentant des CLIC
- Madame Devilde, directrice de l'hôpital Charles Foix ;
- Monsieur Icka, représentant du conseil de l'ordre des médecins

Département du Rhône :

- M. Michel MERCIER, président du Conseil Général
- M. Bernard FIALAIRE, vice président
- Mme CHUZEVILLE, conseillère générale
- Mme GARBRECHT, conseillère générale
- Mme VOTTERO, conseillère générale
- M. MEY, DDASS
- Mme SANTINI, directrice générale adjointe
- M. JAVAUDIN, inspecteur d'académie
- M. CHOLUY, DDTEFP
- M. KIENER, directeur de la CRAM Rhône-Alpes
- M. Comte, , directeur du service des personnes handicapées
- Mme Rose Lefebvre, conseil général directrice du service des personnes âgées
- Mme le Dr Ducos – MEIRAL, Conseil général, conseiller technique santé
- Mme le Dr DERRIEN, conseiller technique santé adjoint
- Mme le DR CHAUVET conseil général, coordonnateur personnes âges
- M. LOMBARD, Croix Rouge
- Mme VUILLERMET, Croix rouge
- Mme DIEREMAN, UDASAD
- M. NICOLET, ALGED
- M CLAIR, ADAPEI
- Mme GUIFFRAY-SERVE, ARIMC
- M BAJAR, Pdt de la fondation Richard
- M MONTAGNIER, Pdt de l'ADSEA
- M BAPTISTE, CAT MESSIDOR
- M. PAGES, APF