



RAPPORT ANNUEL 2006

Octobre 2006

La loi du 11 février 2005 demande à la CNSA de présenter chaque année un rapport au Parlement et au Gouvernement.

Le présent rapport est le premier, depuis l'installation de la CNSA en mai 2005. Il a été approuvé à l'unanimité par le Conseil de la CNSA lors de sa séance du 17 octobre 2006.

Préambule

Difficultés à se déplacer, à se vêtir, à manger sans aides ; nécessité d'une surveillance continue, en raison des risques de chute, d'errance ou de mise en danger de soi-même ; besoin d'ustensiles adaptés, d'aménagement de l'espace de vie, de moyens de communication spécifiques, d'aides visuelles ou auditives... Voilà des réalités qui sont autant de combats et de souffrances quotidiennes pour des centaines de milliers de nos concitoyens, de leurs familles et de leurs proches.

Réalités qui, à dire vrai, concernent chacun d'entre nous, sinon de manière directe ou dans notre parenté, à tout le moins en raison de ce qu'une maladie, un accident, ou tout simplement le grand âge peuvent nous y confronter.

Réalités qui s'adressent aussi à notre vie collective, puisque la difficulté d'accéder de manière autonome aux multiples facettes de l'existence vient forcément questionner tous les acteurs de la vie sociale : les pouvoirs publics et leurs administrations, bien sûr, qu'elles soient nationales ou locales, mais aussi les partenaires sociaux, le monde associatif, les grandes fédérations d'établissements, les institutions de recherche... Tous ont le devoir de répondre en unifiant leurs efforts.

Cette double interpellation, individuelle et collective, trace le chemin de ce qui est en train d'émerger comme un très grand projet de ce début de XXIème siècle : la lutte collective contre la perte d'autonomie et la mise en place d'une couverture financière pour s'en protéger. Projet qui n'est pas autre chose qu'un possible nouveau domaine de notre protection sociale.

C'est pourquoi ce rapport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) n'est pas seulement le rapport d'activité par lequel la CNSA vient rendre compte de la manière dont l'argent public a été perçu et dépensé au cours de l'année écoulée.

Il veut exprimer aussi comment cette nouvelle institution peut se mettre au service de ce projet de *solidarité pour l'autonomie*. En tant que caisse, qui garantit des financements unifiés et autonomes ; en tant qu'agence technique et d'animation, pour conjuguer gestion de proximité et égale qualité pour tous ; et enfin en tant qu'espace public d'échanges, de débats et d'engagement collectif entre tous les membres de son Conseil, c'est à dire entre tous les membres du corps social concernés par cette grande et forte perspective de solidarité.

SOMMAIRE

Première partie : l'action de la CNSA en 2006

Chapitre 1 – Rassembler les financements de la compensation de la perte d'autonomie : **p. 13**

- 1.1. Un budget qui offre une vision globale des principaux moyens disponibles
- 1.2. La transparence dans l'allocation des ressources
- 1.3. Au titre des contributions financières : une distribution équitable à partir de critères explicites
- 1-4. Sur l'ensemble du budget, disposer d'une vision à moyen terme des besoins de financement

Chapitre 2 – Agir en proximité en accompagnant les dispositifs locaux de compensation **p. 25**

- 2-1. Accompagner sur le terrain un processus de décentralisation
- 2-2. Accompagner le changement de logique visant à individualiser les réponses à chaque personne et à son projet de vie
- 2-3. Concilier l'objectif de proximité et l'objectif d'équité de traitement par une relation contractuelle avec les départements

Chapitre 3 – Adapter l'offre d'établissements et de services pour répondre aux besoins **p. 36**

- 3-1. Partir des besoins prioritaires pour définir les priorités financières
- 3-2. Assurer la transparence, l'équilibre et l'équité dans la répartition régionale et départementale des enveloppes

Chapitre 4 – Rassembler et accroître les savoirs, pour mieux agir p. 44

4-1. Disposer, grâce à un schéma directeur, d'une vision d'ensemble sur les informations liées au champ de compétence de la caisse

4-2. Dès à présent, faire porter un effort prioritaire sur les aides techniques et les expériences innovantes

4-3. Mieux savoir, grâce au Conseil scientifique

Chapitre 5 - Une institution récente, expérimentant de nouveaux modes de fonctionnement p. 55

5.1 Une équipe pour un projet

5.2 Animer des réseaux ; développer conventions et partenariats

Deuxième partie : Un sens partagé, une perspective à déployer

Chapitre 6 - Penser autrement une politique publique p.61

6.1. Placer en premier l'écoute de la personne et de ses besoins

6.2. Conduire l'expérience d'une nouvelle gouvernance de politique publique

Chapitre 7 – Réussir sur des voies nouvelles p. 66

7.1. S'engager résolument dans une démarche de convergence

7.2. Donner toutes ses chances à une évolution pragmatique vers une autre gouvernance

7.3 Avec ambition, penser un cinquième risque

Première partie

L'action de la CNSA en 2006

Chapitre I

Rassembler les financements de la compensation de la perte d'autonomie

La CNSA a une responsabilité de transparence.

Transparence d'abord – et cela a été souligné par la Cour des comptes – sur les sommes qu'elle collecte au titre de la « journée nationale de solidarité », en sorte qu'aucune contestation n'est possible sur le fait que cet argent va bien à celles et ceux à qui il est destiné : les personnes âgées et handicapées privées d'autonomie.

Mais plus que cela encore : la CNSA récapitule aussi, dans son budget, toutes les dépenses que les organismes de protection sociale effectuent en faveur des établissements et services (maisons de retraite, foyers, services de soins ...) qui accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées. Elle permet donc cette transparence supplémentaire d'une vision complète, et globale, de toute la diversité des prises en charge collectives de la perte d'autonomie.

Certes, le budget de la CNSA – 14 milliards d'euros – est loin d'épuiser toutes les formes de compensation financière de la perte d'autonomie apportées aux personnes âgées ou handicapées. L'Etat, les départements et bien d'autres institutions se présentent comme financeurs importants sur leurs propres budgets.

Mais tous font, précisément, partie des membres du « Conseil » qui fixe les orientations de travail de la Caisse. Ce sont donc bien, autour de la table du Conseil de la CNSA, tous les financeurs et les acteurs de la lutte contre la perte d'autonomie qui sont rassemblés et pourront – dernier défi de la transparence – dégager progressivement une vision des besoins de financement futurs.

Signes concrets de cette volonté de transparence et de travail en commun : l'institution d'un rapport d'activité du Directeur au début de chaque Conseil de la CNSA, comme la mise en place d'un Comité permanent, qui réunit des représentants de l'Etat, des départements et des associations, et qui assure notamment le suivi de l'APA et de la PCH.

1.1. Un budget qui offre une vision globale des principaux moyens disponibles

Historique : du FFAPA à la CNSA

C'est la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie qui a créé le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA), établissement public national à caractère administratif. Ce Fonds a rempli, à partir de l'exercice 2002, une double fonction : le versement au département d'un concours destiné à prendre en charge une partie du coût de l'APA (fonction correspondant à l'actuelle section II du budget de la CNSA), le financement des dépenses de modernisation des services d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes, ces dernières dépenses s'imputant dans une section spécifique dénommée « Fonds de modernisation de l'aide à domicile » (le FMAD qui correspond à l'essentiel de la section IV du budget de la CNSA).

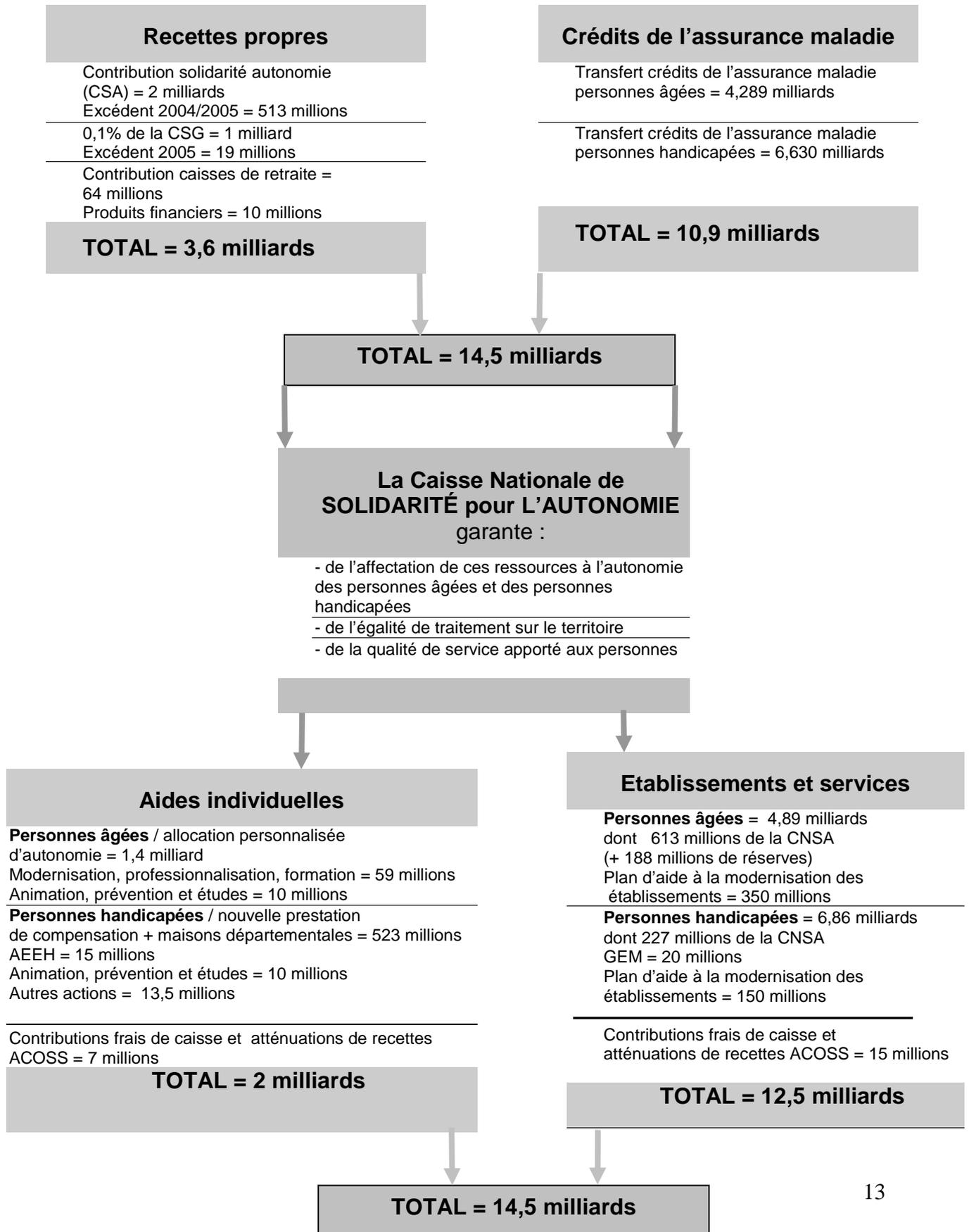
C'est la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées qui crée, par ses articles 8 et suivants, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui vient se substituer au FFAPA en reprenant ses deux missions précitées, et qui se voit ajouter deux fonctions nouvelles : une contribution à l'ONDAM « personnes âgées » et le financement de « dépenses d'animation et de prévention » pour les personnes âgées (mission correspondant à l'actuelle première sous-section de la section V de la CNSA). A noter que la « fonction FMAD » est élargie aux dépenses de promotion professionnelle des personnels soignants exerçant dans les établissements et services accompagnant les personnes âgées dépendantes (soit donc le même périmètre que l'actuelle section IV). Cet élargissement de compétences a été rendu possible par l'individualisation de recettes spécifiques : la création de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), l'affectation à la caisse de 0,1% de CSG.

C'est enfin la loi du 11 février 2005 qui définit les missions actuelles de la CNSA en opérant, en sus des fonctions déjà citées, un quadruple élargissement de compétences : la création d'un concours à la prise en charge d'une part de la PCH, une contribution à l'ONDAM « personnes handicapées », l'inscription à son budget des deux ONDAM « personnes âgées et personnes handicapées », les actions d'animation, de prévention et d'études dans le champ du handicap.

Ainsi, à l'exception notable des crédits relatifs à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT), la CNSA se voit confier le soin de gérer et répartir l'essentiel des crédits dédiés à la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, lorsque ces dotations relèvent du champ de compétence des ministres chargé de l'action sociale et de la sécurité sociale.

Les deux tableaux qui suivent retracent le champ d'intervention financière de la CNSA.

I - Schéma général des ressources et des emplois de la CNSA (en valeur 2006)



II- l'emploi de La Contribution solidarité autonomie : 2 milliards d'euros répartis en 2006

60 % pour les personnes âgées :

40 % pour la prise en charge collective (800 millions)

20 % pour les aides individuelles (APA - 400 millions)

40 % pour les personnes handicapées :

12,74 % pour la prise en charge collective (255 millions)

27,26 % pour les aides individuelles (prestation de compensation - 545 millions)

Présentation des six sections

Dans un souci de transparence, le législateur de la loi du 11 février 2005 a entendu organiser le budget de la CNSA en sections distinctes, parfois même en sous-sections, avec des règles strictes de répartition et d'affectation des ressources et des charges. L'objectif poursuivi est en effet de présenter en toute clarté l'origine des produits et la destination des charges de la caisse par catégories de prestations fournies et de destinataires : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes handicapées. Ainsi l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles individualise au sein du budget de la caisse six sections distinctes, les sections I et V présentant chacune deux sous-sections, respectivement dédiées aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

La section I finançant le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (11 952 M€ en 2006, soit 85,4% du budget de la caisse)

Cette section est la seule à être alimentée par deux catégories de ressources dont les sources sont bien distinctes : des ressources propres à la caisse et des ressources en provenance de l'assurance maladie. Les recettes de cette section correspondent, en effet, à l'addition d'une fraction de la « contribution de solidarité pour l'autonomie » (CSA) et de la contribution des régimes d'assurance-maladie à « l'objectif de dépenses d'assurance maladie » (ONDAM). La somme de ces deux contributions est désormais dénommée « objectif global de dépenses » (OGD).

Les chiffres retenus pour l'ONDAM doivent être ceux de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Ils sont donc inscrits au moment de l'établissement des comptes prévisionnels, en octobre de l'année N - 1, sous réserve de l'exacte valeur de l'ONDAM qui sera voté par le Parlement dans la LFSS pour l'année N et sous réserve de la ventilation de cet ONDAM entre les différentes sous-enveloppes (ONDAM soins de ville, ONDAM établissement de santé, ONDAM médico-social personnes âgées, ONDAM médico-social personnes handicapées ...) par l'arrêté interministériel prévu à l'article L314-3 du code de l'Action Sociale et des Familles. L'évolution respective des deux composantes de l'OGD sur les dernières années fait l'objet de commentaires particuliers à la rubrique 1.2.3 du rapport.

La sous-section I-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées (6 878 M€, soit 57,5 % des dépenses de la section). Les ressources de la sous-section I-I peuvent varier selon la fraction du produit de la « contribution de solidarité pour l'autonomie », entre 10% et 14% (soit entre 199,9 et

279,86 M€ en 2006) qu'il est décidé d'affecter à cette sous-section. Il a été retenu en 2006 une contribution de la CNSA à hauteur de 227 M€, qui porte le montant de recettes de la sous-section I.1 à 6 878 M€. Cette contribution de la CNSA comprend 20 M€ pour le financement des « groupes d'entraide mutuelle » (GEM) destinés aux personnes handicapées psychiques, qui relèvent d'un financement spécifique, hors OGD. Comme indiqué dans les commentaires sur la section III (voir infra), ce niveau d'apport de la CNSA à l'ONDAM médico-social « personnes handicapées » correspond à une fraction de 12,74% des recettes de la CSA si l'on inclut la contribution aux GEM (11,74% si l'on ne décompte pas cette contribution). Comme pour l'année précédente, il s'agit donc d'un pourcentage qui se situe à peu près à mi-chemin de la fourchette légale fixée entre 10 et 14%.

La sous-section I-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées (5 074 M€, soit 42,5 % du budget de la section). La contribution de la CNSA (40% des produits de la CSA) s'est élevée à 600 M€ en 2006. S'ajoute à ce chiffre un résultat de 188 M€ s'expliquant par la progressivité de la montée en charge du plan « vieillissement et solidarité ».

La section II relative au concours APA versé aux départements

Les ressources de cette section sont fixées par la loi :

- 20 % des ressources de CSA, soit 399,8 M€
- additionnées de 94% des ressources de CSG, soit 935,3 M€ (le pourcentage de 94% résulte de la ponction de 6% au titre de la Section IV – voir infra)
- additionnées de 64 M€ de contribution des régimes d'assurance vieillesse.

Un tableau figurant en annexe donne à titre indicatif la répartition de ce concours entre les différents départements, telle qu'elle se déduit de la « clé » réglementaire fixée par l'article 3 du décret du 22 décembre 2004¹.

La section III relative au concours PCH versé aux départements

Cette section est principalement consacrée à la dotation légale de la CNSA aux départements, au titre de la nouvelle « prestation de compensation du handicap ». La clé de répartition de cette dotation entre les départements est fixée par le décret du 19 décembre 2005. Le montant brut des recettes de la Section (544,9 M€) correspond à un prélèvement de 27,26% sur les recettes tirées de la « contribution de solidarité pour l'autonomie ». Ce montant est calculé en sorte que la somme de ce prélèvement et de celui qui est effectué au titre de la sous-section I-1 représente 40% des ressources de CSA. Sur cette somme viennent légalement s'imputer :

a) Le concours versé aux départements, au titre du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, fixé par le Conseil à 20M€ en 2006, c'est-à-dire 4% du montant de la contribution de la CNSA à la prestation proprement dite.

¹ On notera la nécessité de disposer de données plus fines sur la dimension des APA allouées et sur les caractéristiques des personnes qui en bénéficient. Le système d'information mentionné à la rubrique 4.1 devra apporter dans les meilleurs délais la visibilité nécessaire.

b) Le montant du remboursement à la CNAF de la « Majoration spécifique de l'AEEH pour parent isolé d'enfant handicapé » créée par l'article 68 de la loi du 11 février 2005 (article L.541-4 du CASF), à hauteur de 15 M€ en 2006.

c) Les ressources consacrées aux actions de la CNSA en faveur des personnes handicapées (notamment : dépenses d'animation et de prévention, frais d'études et de recherche, actions innovantes, formation, etc.) à hauteur de 10 M€. L'emploi de ces sommes est retracé dans la sous-section V b de la section V (cf. infra);

d) Un prélèvement pour le fonctionnement de la CNSA (Section VI), ainsi que pour les charges techniques diverses, correspondant à la rémunération des organismes collecteurs (ACOSS) diverses situations de non-recouvrement des recettes, pour environ 2 M€.

Le montant net annuel à verser aux départements est, en conséquence, de 503 M€ (valeur 2006). Cette somme correspond aux engagements pris par le gouvernement lors des débats qui ont précédé l'adoption de la loi du 11 février 2005. Il s'agit d'un montant voisin de celui d'ores et déjà consacré par les départements au paiement de l'Allocation compensatrice « tierce personne ».

La section IV est réservée au financement des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées (à domicile et en établissement). Il s'agit de la section qui reprend l'essentiel des missions de l'ancien FMAD (fonds de modernisation de l'aide à domicile).

Ses ressources sont fixées par arrêté interministériel, dans la fourchette légale de 5 % à 12 % des recettes de CSG affectées à la CNSA. Sur la base d'un montant légal fixé à 6%, les recettes se sont élevées à 59,7 M€ en 2006. La rubrique 2.1.4 du rapport présente le détail des actions financées par cette section. Sa gestion est très largement dépendante de l'Etat, qui est l'autorité d'agrément de tous les projets financés. La COG a toutefois prévu l'élaboration d'un programme de travail entre l'Etat et la CNSA, au sein duquel ces projets ont vocation à s'inscrire.

La section V est divisée en deux sous-sections (personnes âgées/personnes handicapées) et recouvre l'ensemble des autres interventions de la CNSA dans les domaines de sa compétence. Notamment :

- le soutien à des actions innovantes (hors celles qui relèvent spécifiquement de la Section IV) ;
- les études et recherches, notamment celles qui peuvent être préconisées par le Conseil scientifique ;
- les coopérations structurelles à conduire avec d'autres organismes nationaux ou internationaux intervenant dans le domaine de la perte d'autonomie.

Une somme globale de 20 M€ (10 M€ sur chaque sous-section) a été inscrite en 2006, année de démarrage. La rubrique 4.2.2 détaille les objectifs du programme retenu. Ce programme, comme pour la section IV, est arrêté d'un commun accord entre l'Etat et la CNSA.

La section VI relative aux frais de gestion de la caisse (14,2M€, soit 0,09% du budget de la caisse, ce qui donne une mesure du faible niveau des dépenses de fonctionnement de l'organisme).

Cette section regroupe 4 postes de dépenses : les dépenses de loyer et dépenses associées (12% des dépenses de la section), les dépenses de fonctionnement courant (12%), les dépenses de personnel (50%), les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (26%).

Cette section est financée à partir des cinq autres sections de la caisse, au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées

1.2. La transparence dans l'allocation des ressources

La restitution détaillée, devant le Conseil, de la notification des crédits

En application du III de l'article L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles, le Conseil détermine notamment par ses délibérations les principes selon lesquels doit être réparti le montant annuel de l'OGD et délibère également sur les comptes prévisionnels de la caisse. Le règlement intérieur du Conseil a par ailleurs créé en son sein un comité permanent principalement chargé de suivre chaque mois l'exécution des paiements aux départements des contributions de la caisse au financement de l'APA et de la PCH. Outre le président du conseil, les deux vice-présidents et les directeurs chargés de l'action sociale et de la sécurité sociale, deux présidents de conseils généraux participent à cette instance.

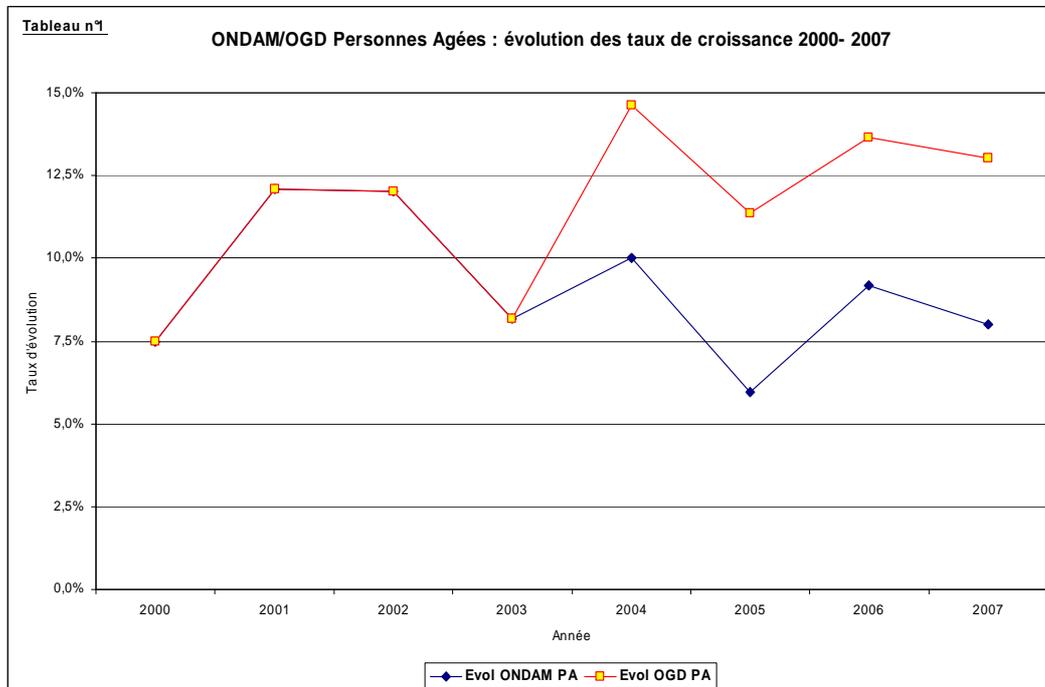
Par ailleurs, lors de chaque séance du conseil, le directeur de la caisse présente un rapport complet sur l'activité de la CNSA lors des mois écoulés, au regard notamment de la mise en œuvre des objectifs fixés par la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), signée entre l'Etat et la CNSA en janvier 2006.

Une transparence sur l'élaboration des chiffres

Au cours de l'année 2006, les équipes de la CNSA ont eu pour tâche de fournir aux membres du Conseil toutes les informations utiles sur l'architecture du budget de la caisse, les modalités d'exécution du budget, les explications présidant à la construction des comptes prévisionnels et les points stratégiques sur lesquels les délibérations sont plus particulièrement déterminantes (positionnement des clés de répartition des dotations entre sections budgétaires, montant des concours dédiés au fonctionnement des MDPH, niveau de frais de gestion de la caisse...). Mais le souci d'information a également porté sur le sens technique des chiffres et agrégats retenus. Des notes et explications ont ainsi été fournies sur les modes de construction de l'ONDAM et de l'OGD, sur les concepts de droits constatés, de dépenses encadrées, de fongibilités d'enveloppes...Enfin, au titre du « rendu compte » sur l'exécution budgétaire, le Conseil a été informé de façon détaillée sur les résultats des premières notifications d'enveloppes médico-sociales régionales et départementales, puis sur les premiers enseignements à tirer des PRIAC et sur le suivi de l'exécution des plans nationaux de création de places.

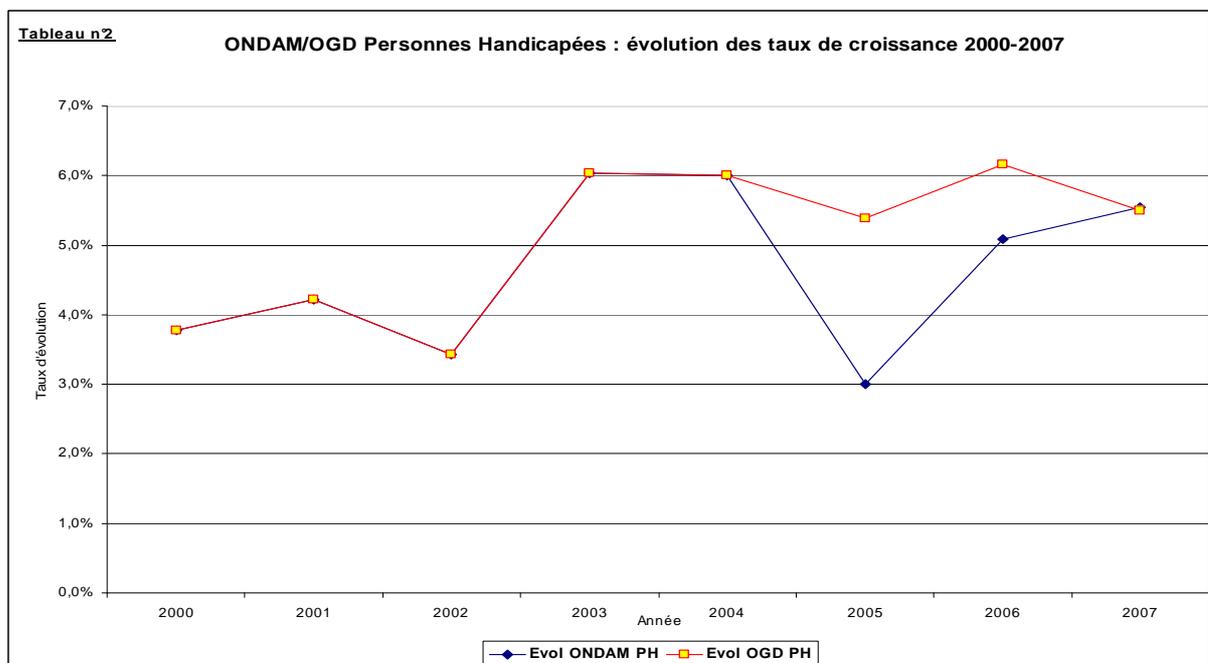
Une information préventive des effets de substitution

Les deux tableaux ci-après retracent, entre 2000 et 2007 les évolutions de l'ONDAM «Personnes âgées» et de l'ONDAM « personnes handicapées », en individualisant l'apport de la CNSA à compter de 2003 pour le premier, à compter de 2004 pour le second.



Courbe/losanges : Taux de croissance OGD (ONDAM + apport de la CNSA)

Courbe/carrés : dont taux de croissance ONDAM (Objectif global des dépenses (OGD) = ONDAM médico-social + contribution CNSA)



Courbe /carrés : Taux de croissance OGD (ONDAM + apport de la CNSA)

Courbe /triangles : dont taux de croissance ONDAM

Ces graphiques appellent les commentaires suivants : L'année 2007 n'est indiquée qu'à titre prévisionnel, compte tenu de ce que, à la date de rédaction de ce rapport, l'ONDAM n'est pas encore voté par le Parlement. Le nouvel agrégat OGD défini par l'article L 314-3 du Code de l'action sociale et des familles à partir de la loi du 11 février 2005, enregistrant l'apport de la CNSA en plus de l'ONDAM, n'est pertinent que depuis le vote de la loi de financement de la sécurité sociale de 2006. Les exercices 2004 et 2005 constituent à cet égard des années de transition puisque l'apport de la CNSA est, comme le prévoit l'article 13 de la loi du 30 juin 2004, complété par l'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, intégré dans l'agrégat ONDAM jusqu'en 2005. Les graphiques reconstituent les années 2004 et 2005 dans l'économie définie par la loi du 11 février 2005.

1.3. Au titre des contributions financières : une distribution équitable à partir de critères explicites

Les principes de répartition, fixés par la loi et le règlement, des crédits affectés à l'APA, la PCH et les MDPH

Les concours inscrits aux sections II et III versés par la CNSA aux départements pour conforter les prestations d'APA et de PCH obéissent à des règles très strictes, organisant la répartition de ces crédits, sous la forme de dotations dites paramétrées, respectivement définies par le décret du 22 décembre 2004 pour l'APA et le décret du 19 décembre 2005 pour la PCH. La répartition des crédits s'opère de manière automatique, sur la base des deux ensembles de critères issus des lois du 30 juin 2004 et du 11 février 2005 et que ces deux décrets viennent préciser.

On peut constater que les quatre textes précités ne retiennent ni les mêmes critères en nombre et souvent en contenu, ni la même pondération lorsque ces critères sont identiques ou comparables. Quatre critères ont été retenus pour l'APA, cinq pour la PCH. Le critère potentiel fiscal a été retenu dans les deux cas, mais la pondération ressort à 25% pour l'APA et 20% pour la PCH. Le second critère est populationnel : nombre de personnes âgées de plus de 75 ans pour l'APA, nombre de personnes adultes handicapées pour la PCH, pèse d'un poids différent : 50% dans le premier cas, 60% dans le second. Au titre des bénéficiaires directs, ce sont à la fois les contenus des critères et leurs pondérations qui diffèrent : montant des **dépenses** d'APA, pour une pondération de 20% dans le premier cas, nombre de **bénéficiaires** de la PCH, pour une pondération de 30% dans le second. On peut enfin observer que le nombre de bénéficiaires du RMI, critère pondéré à 5% dans la réglementation de l'APA, ne se retrouve pas dans celle de la PCH.

Toutes ces disparités montrent l'intérêt qu'il pourrait y avoir à conduire une réflexion sur l'effet redistributif de ces contributions entre départements. La CNSA peut, sur ces points, faire toute proposition utile, et la COG Etat-CNSA l'invite d'ailleurs à le faire. Ce chantier n'a toutefois pas été ouvert en 2006.

Un échéancier régulier de versements : des acomptes mensuels, dont la prévisibilité s'est accrue depuis janvier 2006

Les lois et décrets mentionnés plus haut ont prévu que les modalités de versement des concours de la CNSA au titre de l'APA et de la PCH s'effectuent sous forme d'acomptes. Avant janvier 2006 les acomptes mensuels étaient versés le 10 de chaque mois, sur la base des encaissements réels mensuels constatés le mois précédent.

Même si l'écart prévisions d'encaissement / encaissement réel n'était pas considérable, il n'existait pas moins et pouvait varier sensiblement selon le mois, les chiffres communiqués en début d'année n'ayant qu'une valeur indicative. Les départements étaient donc dans la situation de percevoir des acomptes différents d'un mois sur l'autre et de n'en connaître le montant exact qu'au moment où ils leur étaient versés.

Il en résultait donc pour les départements un décalage dans les versements et des incertitudes sur le montant précis des acomptes mensuels versés. Les services de la CNSA, reprenant l'ancienne gestion déléguée au FSV, ont donc voulu améliorer ce dispositif, dans l'intérêt des départements. La réforme qui a été opérée s'est exclusivement fondée sur les prévisions budgétaires pour calculer le montant égal des 11 premiers acomptes (janvier à novembre) versés tant au titre de l'APA qu'au titre de la PCH. Ces acomptes sont dorénavant versés avant la fin du mois au titre duquel ils sont dus. Le dernier acompte (décembre) est ajusté de façon à garantir que la somme des acomptes versés au cours de l'exercice soit au moins égale à 95% des prévisions budgétaires (soit un ratio supérieur au minimum réglementaire)

Désormais, dès le début de l'exercice, les départements disposent d'une totale visibilité sur les montants qui leur seront versés, ce qui leur permet d'optimiser leur gestion de trésorerie et il s'y ajoute un profit net de trésorerie résultant de la suppression du décalage entre le mois au titre duquel l'acompte est dû et celui au titre duquel il est versé. Cette visibilité et cette sécurité financière sont par ailleurs accrues par la garantie donnée aux départements de percevoir des acomptes d'un niveau identique sur les 11 premiers mois de chaque exercice. Enfin, pour la CNSA, la procédure de gestion des acomptes est sensiblement simplifiée et sa gestion de trésorerie grandement facilitée.

Des aides au fonctionnement des MDPH

Trois points méritent d'être soulignés à ce stade : Tout d'abord, en 2005 un crédit non reconductible de 50 M€ a été consacré à l'aide au démarrage des MDPH, par voie de fond de concours de l'Etat alimenté par des excédents 2004 de la CNSA. En 2006 la CNSA a attribué aux départements une aide pérenne de 20 M€ pour le fonctionnement des MDPH. Pour ce même exercice l'Etat a dégagé une seconde aide non pérenne de 20 M€, également financée par fond de concours à partir d'excédents 2005 de la CNSA. Pour 2007, il est envisagé de soumettre au conseil une majoration de l'aide pérenne de la caisse aux MDPH selon une clé de répartition qui pourrait comporter un critère permettant de mieux tenir compte des coûts fixes

incompressibles de ces maisons, indépendants de la taille du département ou du nombre de cas examinés par ces GIP.

1-4. Sur l'ensemble du budget, disposer d'une vision à moyen terme des besoins de financement

La CNSA, garante de l'équilibre de la section I relative à l'OGD

La CNSA intègre directement dans son budget l'ONDAM médico-social, ainsi que l'écart existant entre le niveau de l'objectif de dépense et les versements réellement effectués par les caisses des régimes d'assurance-maladie. L'analyse globale de l'impact des politiques tarifaires menées par les services déconcentrés constitue un impératif au regard du caractère limitatif des dotations départementales réparties par la CNSA. Les analyses liminaires des budgets prévisionnels de 2005 et des comptes administratifs 2004 sur le secteur des personnes handicapées permettent déjà d'opérer un dialogue entre les services déconcentrés et la CNSA au niveau départemental. Sur le secteur des personnes âgées, par exemple, l'impact de signature des conventions tripartites, continue à faire l'objet d'un suivi local par catégories juridiques d'établissements

L'analyse globale de l'impact des politiques tarifaires se double d'une préoccupation de cohérence entre les versements opérés par les caisses d'assurance-maladie et le niveau des dotations départementales. L'analyse des remontées comptables fournies par la direction des finances et de la comptabilité de la CNAMTS et la possibilité ouverte à la CNSA d'avoir accès directement au SNIIRAM permet dès à présent de suivre l'évolution des versements. C'est à ce titre que la CNSA participe au comité de conjoncture mensuel, associant les services de l'Etat et les organismes de sécurité sociale.

La CNSA devrait être rapidement en capacité de fournir des premiers éléments de compréhension des cycles de versement ainsi que de l'impact pluriannuel des changements de réglementation. En outre, la Caisse a commencé, lors des dernières notifications d'enveloppes, à opérer un rapprochement entre niveau de dotation et niveau de versement à l'échelon départemental, afin de nourrir sur ce sujet les échanges techniques et fonctionnels qui ont été initiés en 2006 avec les DDASS.

Un enjeu : être en capacité demain, de porter un jugement sur les ressources à mobiliser au regard des besoins.

La CNSA se doit de mettre progressivement en place un modèle prévisionnel retraçant sur le moyen et le long terme les besoins de financement, tant en recette qu'en dépenses. Cette analyse des besoins de financement porte prioritairement sur les trois premières sections budgétaires de la caisse, à savoir le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (tant au titre des mesures de reconduction que pour les mesures nouvelles), ainsi que sur les niveaux de contribution de la caisse, liés aux prévisions d'évolution des attributions d'APA et de PCH (tant en nombre de bénéficiaires que de dimension des prestations allouées). Le développement de cette fonction prévisionnelle de la caisse est directement liée à la mise en place du système d'information, au perfectionnement de l'outil de programmation pluriannuelle que constituent les PRIAC, aux dispositifs de prévisions

budgétaires dont la caisse doit se doter à moyen terme pour satisfaire notamment à l'objectif 8-2 de la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'Etat.

Chapitre 2

Agir en proximité en accompagnant les dispositifs locaux de compensation.

La CNSA a pour mission de garantir l'égalité de traitement des personnes sur tout le territoire. Cet impératif républicain concerne au premier chef des concitoyens qui éprouvent, il faut le rappeler, une situation de vie personnelle et relationnelle profondément inégalitaire. Pour la CNSA, il va se jouer sur deux terrains. D'abord celui de l'appui aux acteurs locaux, qui se mobilisent aujourd'hui autour des Conseils généraux pour mettre en commun leurs efforts. La CNSA n'a pas à garantir l'égalité en se substituant aux Conseils généraux, ni en prenant à leur égard une posture de contrôleur. L'égalité ne peut en réalité résulter que d'une démarche active, qui veille à ce que les moyens techniques, financiers, informationnels de la qualité de service soient distribués de manière égale partout. L'égalité passe par des outils que l'on élabore ensemble et que l'on diffuse à tous ; l'égalité passe par de l'information qui circule, sur les expériences réussies comme sur les erreurs à éviter ; l'égalité repose sur ce réseau d'échanges entre les départements et la CNSA, et sur les comparaisons qui permettent de progresser. Surtout, et c'est le second terrain d'action de la CNSA, l'égalité n'aura de sens que si – comme le reste – elle prend pour seule mesure les véritables attentes des personnes privées d'autonomie. C'est avec elles, et par rapport à leur environnement de vie concret, que l'on peut décider de la manière dont il faudra évaluer l'application pratique du principe d'égalité.

C'est donc à leur écoute que la CNSA et les départements ont commencé à définir ensemble, et à inscrire dans un contrat de qualité de service prévu par la loi, les meilleurs critères de mesure de l'égalité de service rendu. Concevoir ainsi la conduite d'une politique publique, par la mesure de résultats définis en commun et partagés par les usagers eux-mêmes, est porteur d'une fantastique transformation des pratiques administratives.

2-1. Accompagner sur le terrain un processus de décentralisation.

Organiser l'échange d'expériences et la mutualisation des pratiques des MDPH

L'objectif 4-1 de la COG conclue avec l'Etat en janvier 2006 donne mission à la CNSA :

- « - de veiller à l'équité dans le traitement des demandes de compensation des personnes handicapées ;
- de faciliter l'installation et le fonctionnement des MDPH ;
- d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les MDPH et en diffusant les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins ;
- de veiller à la mise en place d'indicateurs de qualité de service, permettant notamment une comparaison entre les MDPH, dans le souci d'un fonctionnement harmonisé (tels que l'indice de satisfaction des usagers, les délais de traitement des dossiers, ou le pourcentage des MDPH engagées dans des standards de qualité de service...) ;
- d'assurer l'établissement et le suivi d'un système d'information retraçant les moyens, l'activité et les résultats des dites maisons ;
- d'évaluer l'efficacité des organisations adoptées, notamment au regard de la spécificité des besoins rencontrés par les personnes.

La CNSA assure par tout moyen approprié une information générale sur l'installation et l'activité des MDPH, en vue de permettre, sur l'ensemble du territoire, un fonctionnement harmonisé et comparable. »

La CNSA s'est fortement mobilisée pour satisfaire cet objectif, particulièrement décisif pour concrétiser la nouvelle organisation prévue par la loi du 11 février 2005.

En 2005 et 2006 les équipes de la CNSA se sont rendues dans les départements (88 équipes départementales rencontrées jusqu'en septembre 2006) pour prendre la mesure des difficultés que pourrait connaître la mise en place des MDPH. Des réunions nationales d'échanges ont été organisées avec l'ADF et les ministères compétents. A partir de la fin 2005 « une foire aux questions » (FAQ) a été organisée. Une lettre d'information bimensuelle destinée aux directeurs de MDPH leur est régulièrement adressée par messagerie électronique. Afin de créer progressivement des réseaux de travail entre experts de même métier, des réunions techniques thématiques, dénommées « les jeudis de la compensation » se tiennent à la CNSA depuis avril 2006, les thèmes abordés concernant notamment le calcul des aides techniques et des aides humaines, les aides au logement, la mise en place du fond départemental de compensation...Par ailleurs une première réunion nationale des directeurs de MDPH s'est tenue en présence de représentants de l'Etat et de l'ADF, le 27 juin 2006.

En partenariat avec l'Assemblée des Départements de France (ADF), la Délégation Interministérielle des Personnes Handicapées (DIPH), les administrations centrales concernées (Direction Générale de l'Action Sociale – DGAS -, Direction Générale à

l'Emploi et à la Formation Professionnelle – DGEFP -, Direction de l'Enseignement Scolaire - DESCO) des travaux ont été conduits, au cours du dernier trimestre de 2005, visant à doter les responsables des MDPH d'outils facilitant la réalisation des 8 missions de ces maisons.

A l'issue de réunions réparties en 7 ateliers thématiques, de l'organisation de points d'étapes intermédiaires, de rapprochements avec les associations, puis d'une restitution nationale en présence des Présidents des conseils généraux et des associations de personnes handicapées, deux manuels pratiques présentés sous la forme de deux classeurs et un CD ROM ont été édités en décembre 2005. Le premier document restitue le contenu général de la démarche et le résultat des réflexions et propositions formulées par les ateliers. Le second classeur regroupe près de 100 outils proposés et modélisés par ces mêmes ateliers.

Au total, les MDPH disposent ainsi d'un thésaurus d'outils de communication, de tableaux de bord et de pilotage, de gestion des ressources humaines, de formalisation de procédures (par exemple : élaboration d'un plan personnalisé de compensation, préparation des décisions de la commission des droits pour l'autonomie, suivi des plans personnalisés, suivi des réclamations et traitement amiable des litiges...), d'implantation des services d'accueil... Ces documents ont fait l'objet d'une large diffusion auprès des associations et des MDPH.

Dans le même souci de développer un travail en réseau des MDPH et de promouvoir une culture commune sur le sens du dispositif et le projet de service de ces maisons, la CNSA en partenariat avec l'ADF et l'Etat, a conduit en fin de premier semestre de 2006 des réunions des directeurs de MDPH qui se sont répartis en 9 ateliers interdépartementaux. Un document de restitution de la démarche (réflexions générales sur le sens du nouveau dispositif, motifs de satisfaction et d'inquiétude des directeurs, valeurs partagées avec les associations, formulation des éléments constitutifs et des indicateurs de résultat du projet de service...), incluant les premiers éléments d'un annuaire des MDPH, a été diffusé aux intéressés. L'annuaire des MDPH édité en juin 2006 a également fait l'objet d'une large diffusion auprès des associations.

Remplir une fonction d'appui, en mettant à disposition les outils nécessaires

Pour assurer la continuité des opérations des anciennes COTOREP en 2006, le logiciel ITAC a été maintenu par les services de l'Etat et sa maîtrise d'ouvrage a été transférée à la CNSA en mars 2006.

Des modifications de l'application ont été effectuées afin de prendre en compte l'évolution réglementaire de la nouvelle prestation de compensation venant s'ajouter à toutes les anciennes prestations ou orientations déjà gérées dans les COTOREP. Les livraisons de nouvelles versions ont eu lieu en juin et juillet 2006 et intègrent les inscriptions des demandes et les notifications des prestations de compensation.

Dans tous les domaines de savoir-faire technique exigé des équipes de MDPH, le Conseil de la CNSA a souhaité que la caisse contribue à l'émergence d'un maillage intermédiaire, situé au plan régional, voire interrégional, de divers centres de

ressources apportant leur appui technique aux équipes pluridisciplinaires des MDPH, afin de leur permettre de mieux formaliser certaines composantes des plans personnalisés de compensation, tant pour certaines aides techniques que pour certaines catégories de handicaps (handicap psychique, handicaps sensoriels, autisme, polyhandicaps et handicaps rares...).

A plus long terme, la CNSA étudiera les apports utiles de ces dispositifs d'appui au champ de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Assurer les fonctions relevant du niveau national

La fonction d'appui de proximité de la CNSA doit être confortée, dans un esprit de subsidiarité, par des initiatives, des programmes et des actions qui ne peuvent être conduites qu'au plan national. Ainsi, la CNSA est membre de plein droit, avec voix consultative, du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS), lorsque celui-ci est appelé à examiner des produits et prestations contribuant à la prise en charge par l'assurance maladie d'une situation de perte d'autonomie.

Les débats autour de la fixation par le CEPS des tarifs de remboursement de certaines aides techniques constituent des éléments indispensables pour formuler ultérieurement des propositions sur la fixation du niveau de prise en charge de la prestation de compensation (connaissance des marchés, avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le service médical rendu). La CNSA peut, pour sa part, apporter aux travaux du Comité sa connaissance sur l'usage effectif des aides, les prix réels pratiqués et les modalités et les effets, en situation concrète de vie, de la compensation par les aides techniques pour les personnes en situation de dépendance.

La maison départementale des personnes handicapées couvre un champ plus large que l'étude des seules demandes de prestation de compensation. Garante outre ses fonctions d'information et d'accueil de l'élaboration du plan personnalisé de compensation et de la qualité de sa mise en œuvre, elle doit veiller à ce que les politiques publiques de droit commun répondent aux demandes des personnes handicapées et s'adaptent à leurs besoins spécifiques. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne la scolarité et l'emploi. C'est ainsi que la CNSA est amenée à proposer aux MDPH les outils juridiques, notamment des modèles de convention, leur permettant d'organiser la coordination de leurs interventions avec celles des services publics concernés. S'agissant de la scolarisation, un protocole d'accord entre la MDPH et l'Inspection académique devra déterminer les modes de collaboration des référents de la scolarisation, créés par la loi nouvelle et l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation. A noter ici que le Conseil se fait le relais des inquiétudes fortes exprimées au plan local quant aux conditions d'accueil des enfants handicapés dans les établissements scolaires.

Concernant l'emploi, une convention devra être passée entre la MDPH et les organismes spécialisés de type "Cap emploi". Dans ce but les services de la CNSA et les services de l'AGEFIPH se sont rapprochés pour envisager une collaboration dans quatre domaines: l'information des MDPH, la formation des personnels, l'élaboration d'un cadre pour les conventions locales et le vaste secteur des aides techniques. De même, en lien avec la DGEFP qui a la charge générale de l'emploi des personnes handicapées, au sein des missions du service public de l'emploi, et de premiers contacts techniques ont été pris avec l'ANPE.

Améliorer la professionnalisation des métiers et la modernisation des services

Rappelons que la section IV du budget de la CNSA est consacrée à la « promotion d'actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées ». Et que pour l'année 2006, les crédits disponibles se sont élevés à 59,7 M€. La réflexion conjointe DGAS/CNSA engagée suite à la délibération du Conseil de la CNSA en janvier 2006 a conduit à proposer, pour 2006-2007, un plan d'action satisfaisant à 4 objectifs :

1° Encourager la réalisation de diagnostics locaux et d'objectifs partagés (DRASS, DDASS, régions, départements, acteurs de terrain)

Les actions éligibles à un financement doivent s'appuyer sur un état des lieux de la situation locale et des axes de progrès clairement définis. Deux volets sont à prendre en compte :

- un volet départemental déclinant les besoins et les objectifs en termes de modernisation et structuration du secteur de l'aide à domicile. A partir de l'année de mise en oeuvre, le droit de tirage départemental actionné par le préfet serait déterminé au regard du diagnostic local ;
- un volet régional recensant les besoins et les objectifs de qualification des personnels intervenant à domicile et dans les établissements ou les services de soins. Pour les établissements et les services de soins, il convient de les mettre en relation avec l'évolution de la médicalisation et de les rendre cohérents avec les priorités exprimées dans les PRIAC et les politiques de formation des OPCA (effectifs à former, objectifs des établissements, impact sur leur fonctionnement et la gestion des ressources humaines).

2° Développer la conclusion de conventions départementales de modernisation des services d'aide à domicile

Conclues entre le préfet et le président du conseil général, ces conventions sont un instrument pertinent d'une politique globale et diversifiée de modernisation et de structuration des services d'aide à domicile. A ce jour, seules 18 conventions ont été signées et sont en cours d'exécution, avec un cofinancement CNSA et départements. L'objectif est de généraliser un tel dispositif sur l'ensemble des départements.

3° Mettre en place au niveau régional une ingénierie de projets s'appuyant sur une mobilisation renforcée des services déconcentrés de l'Etat en partenariat avec les autres acteurs locaux et régionaux

L'expérimentation d'une méthodologie de travail est prévue dans 3 régions pilotes. Un marché a été récemment passé avec un cabinet spécialisé qui apportera son appui technique. A partir d'un diagnostic local conduisant à des objectifs clairement identifiés, la réflexion va s'engager sur la définition d'actions ciblées, une sélection de leviers pertinents et le choix de critères d'évaluation et de reproductibilité de la méthode.

4° Instaurer des appels à projets nationaux et renforcer l'appui national au développement des actions émergentes ou innovantes

Des appels à projets nationaux pour des actions que l'on souhaite voir essaimer sur le territoire doivent se développer. L'appel à projets permet d'encadrer des actions d'envergure nationale sans pour autant freiner l'initiative locale. C'est à ce titre, qu'en lien avec les PRIAC, a été lancé un appel à projets pour promouvoir les accueils de jour et les gardes itinérantes de nuit pour les personnes âgées en perte d'autonomie. La rubrique 4.2.2 du présent rapport retrace le contenu et les effets attendus de cette opération.

Par ailleurs, une réflexion devrait être conduite pour opérer un double élargissement de champ de cette section IV : à la professionnalisation des métiers de l'aide à domicile des personnes handicapées ainsi qu'à la formation des aidants familiaux, tant auprès des personnes handicapées que des personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'agit en effet de missions que la CNSA assume déjà, mais en les finançant, ce qui n'est pas pertinent, sur les crédits « généralistes » de la section V de son budget.

2-2. Accompagner le changement de logique visant à individualiser les réponses à chaque personne et à son projet de vie.

Garantir le caractère multidimensionnel de l'évaluation

L'une des principales missions des équipes pluridisciplinaires relevant des MDPH consiste à élaborer pour chaque personne handicapée, un plan personnalisé de compensation (PPC), fondé sur le projet de vie de la personne et reflétant la palette de ses besoins. La prestation de compensation, au regard de la solvabilisation qu'elle offre, représente une composante essentielle mais non nécessairement exclusive du PPC.

L'évaluation des besoins de compensation doit s'appuyer, en application de la loi du 11 février 2005, sur des références qui seront définies par décret, lorsque l'outil d'évaluation, dénommé « guide d'évaluation multidimensionnelle » et baptisé « GEVA » aura été achevé. Elaboré avec l'appui de plusieurs groupes de travail animés par la DGAS en 2005, le guide d'évaluation multidimensionnelle a été diffusé par la CNSA à toutes les maisons départementales des personnes handicapées.

C'est un outil permettant de recueillir une information organisée et harmonisée, dans le but, d'une part d'aider les équipes pluridisciplinaires à identifier les besoins de compensation des personnes handicapées et élaborer des réponses, et d'autre part de collecter sur l'ensemble du territoire des informations sur les personnes concernées, à des fins de constitution du système d'information. La diffusion de la version projet datée de décembre 2005 avait certes pour objectif de fournir un premier outil aux équipes pluridisciplinaires mais aussi de le confronter à une utilisation concrète, prémices de la construction d'un outil définitif. C'est pourquoi, dans le même temps, la CNSA a lancé début 2006 avec la DGAS des travaux d'appropriation du guide d'évaluation visant à communiquer et former les équipes à l'utilisation de ce guide, à le compléter pour les parties ou les situations encore imparfaitement traitées, et à le tester. Le groupe de pilotage a produit en juillet 2006 une nouvelle version du guide qui fera l'objet d'un test au cours du dernier trimestre.

Permettre, au niveau national, l'expression des usagers

De mars à juin 2005, en partenariat avec la Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées (DIPH), la CNSA a initié une démarche originale, visant à mieux comprendre, formaliser et hiérarchiser les attentes et les besoins des associations de personnes handicapées, au regard des missions des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des services attendus de ces GIP.

Ainsi, 30 associations, réparties en 5 groupes représentant 5 grandes catégories de handicap (mental, moteur, sensoriel, psychique, polyhandicap) ont été mobilisées pendant 4 mois pour conduire cette opération qui a été suivie d'une réunion de restitution nationale. Il en est résulté l'édition d'un classeur, assorti d'un CD ROM, retraçant les attentes des 30 associations, les attentes des cinq groupes de travail ainsi que les attentes partagées par les participants présentées sous une forme hiérarchisée et priorisée dans le temps. Ce document intitulé « Attentes et besoins des personnes handicapées au regard des MDPH », largement diffusé auprès des associations et des MDPH, fait ressortir de la part des représentant des usagers la nécessité de prendre en compte deux priorités immédiates : la qualité de l'accueil et de l'écoute ainsi que la bonne couverture par les prestations attribuées au sein du plan d'aide de l'ensemble des composantes du projet de vie.

Par ailleurs, toujours en partenariat avec la DIPH, les travaux se sont poursuivis avec les mêmes associations - élargies à la représentation d'autres handicaps - au cours de l'automne 2006 : l'enjeu est d'approfondir la démarche participative entreprise, en définissant des indicateurs de satisfaction des usagers et en organisant une remontée puis une diffusion d'informations formalisées sur ce thème. Les documents correspondant seront disponibles en début d'année 2007.

Enfin, en lien avec les associations, les directions des ministères concernés (Affaires sociales, Education nationale, Emploi), les départements et certaines Caisses primaires, la CNSA a animé, au cours du premier semestre de 2006, les travaux visant à doter le réseau des MDPH de formulaires homologués permettant à l'utilisateur d'exprimer ses demandes. Ont été ainsi produits : 8 formulaires homologués par le CERFA (Identification commune à toutes les demandes, AEEH, Scolarisation - formation - orientation pour les enfants, cartes d'invalidité ou de priorité ou de stationnement, PCH ou renouvellement d'ACTP, AAH, Travail- emploi- formation, orientation pour les adultes). Les autres documents produits concernent notamment : la formalisation des certificats médicaux, le dossier global de demande auprès de la MDPH, un document sur le projet de vie, et, surtout, une notice explicative retraçant avec pédagogie les modalités d'utilisation et de remplissage de ces divers formulaires. Un CD ROM rassemblant l'ensemble de ces documents a été diffusé aux associations et aux MDPH.

Agir pour le « changement de culture » des équipes de MDPH

En la matière, l'accompagnement de la CNSA se concrétise principalement par trois types d'actions :

- La mise en place et l'animation d'ateliers autour du pilotage des MDPH ;
- La structuration d'une offre de formation adaptée, via la labellisation de contenus délivrés par des instituts de formation ;

- La construction d'un pôle de formateurs relais, s'appuyant sur des personnalités susceptibles d'apporter un accompagnement aux MDPH, d'une manière complémentaire aux deux premières modalités.

Des ateliers ont été organisés dès 2005 dans le cadre de l'animation de réseau. Deux séries de travaux ont été conduites : sur les missions de la MDPH et sur le projet de service. Ces derniers ont été l'occasion d'un échange sur le sens du dispositif à la fois entre directeurs mais aussi entre le directeur et ses équipes. La nécessité du partage d'une vision et d'une culture commune est apparue en effet comme le principal enjeu de management pour les directeurs nouvellement nommés. La formation participant de cet objectif de création d'une culture commune, la CNSA a lancé un plan de formation qui s'attache à organiser les réponses aux besoins des directeurs et de leur personnel. A cet effet, la CNSA prépare des appels à projet auprès d'instituts de formation afin qu'ils délivrent des formations sur les thèmes prioritaires recensés au travers d'une enquête de besoin (mise en ligne mi octobre).

Mais pour aller plus loin, la CNSA sera présente sur le terrain, via des formateurs relais qui, en sessions itinérantes, animeront des ateliers interdépartementaux d'échange de pratiques. Ces formations mettront en œuvre un principe de pédagogie active dans un but d'interrogation et de co-construction de pratiques professionnelles en s'appuyant sur des outils structurants (tels que les formulaires, le GEVA...). Pour l'heure 4 formateurs sont identifiés et une vingtaine de journées de formation est planifiée. Ce pôle pédagogique a vocation à s'étoffer et se structurer en 2007.

Ces trois modalités ont également en commun de s'inscrire dans un processus d'évaluation continue permettant de toujours répondre au mieux aux besoins des MDPH et les accompagner avec réactivité dans les évolutions de leurs pratiques. C'est dans le même esprit qu'une journée de rencontre avec les MDPH est prévue début 2007 afin de promouvoir une culture partagée entre ces dispositifs de proximité et les associations représentant les personnes handicapées.

2-3. Concilier l'objectif de proximité et l'objectif d'équité de traitement par une relation contractuelle avec les départements

L'initialisation du processus en 2005

Un arrêté interministériel a fixé à 50 millions d'euros le montant du concours en 2005 versé par l'Etat pour le démarrage des maisons départementales des personnes handicapées. Cette somme a été répartie entre les départements selon la manière suivante :

- 10 millions de manière identique entre tous les départements soit 100 000 euros par département ;
- et 40 millions en fonction du nombre d'habitants par département et du potentiel fiscal.

Pour faciliter les travaux préparatoires à la mise en place de ces maisons, il est apparu nécessaire que l'Etat et le département, principaux financeurs du GIP, définissent en commun les modalités d'emploi de ces crédits, en fonction de la situation de leur département.

Une circulaire de juillet 2005, signée du secrétaire général des ministères sociaux et du directeur de la CNSA, a demandé aux services déconcentrés de l'Etat de verser les crédits prévus aux conseils généraux, dans le cadre d'une convention de financement, précisant la destination prévisionnelle des fonds et prévoyant un rapport financier d'utilisation. Ces crédits pouvaient financer des opérations non pérennes (investissement, travaux, achats de matériels ou recrutements temporaires) ou pérennes (charges de personnel par exemple).

Le dispositif transitoire de 2006

A partir de 2006, l'article 66 de la loi du 11 février 2005 a prévu le versement par la CNSA d'un concours pour le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sur la base d'une convention signée avec chacun des départements, visant à définir des objectifs de qualité de service pour la MDPH. A ce titre, 20 M€ ont été dégagés par la Caisse sur la section III de son budget.

Afin d'éviter une rupture du financement des maisons départementales, la mise en place d'un système transitoire s'est avéré nécessaire. Il a permis d'effectuer un premier versement trimestriel dès la fin janvier 2006, sur la base d'une convention provisoire passée avec chaque Conseil général. D'un contenu essentiellement technique, cette convention transitoire a été établie selon un modèle standard pour une durée de 6 mois. Elle a permis le versement des crédits sous forme d'une avance aux départements qui ont mis effectivement en place le GIP-MDPH. Un seul département n'a pas signé à ce jour cette convention.

La pérennisation de la démarche

Après de très riches débats au cours desquels les représentants des associations de personnes handicapées et les représentants des conseils généraux ont su faire converger leurs points de vue, Le Conseil de la CNSA a adopté en janvier 2006 le principe de « rapports d'activité » annuels qui seront par chaque Président de Conseil Général à la CNSA, sous une forme qui permette une consolidation d'ensemble, notamment dans la perspective du rapport que la CNSA doit présenter chaque année avant le 15 octobre au Parlement et au Gouvernement. Il s'agit, par ce moyen, de favoriser le commentaire qualitatif du Président de Conseil général sur les données quantitatives qui lui seront fournies, relatives à sa propre MDPH.

Au cours du premier semestre de 2006, plusieurs réunions d'un groupe de travail ADF-CNSA, assorties d'une concertation des associations et des partenaires concernés, ont permis de préciser le contenu commun de ces rapports. L'enjeu est de permettre à la CNSA d'apporter à chaque département, tout en respectant son autonomie de gestion de la maison départementale des personnes handicapées, l'appui d'information et l'appui technique qui lui permettent d'assurer la meilleure qualité de service dans l'accompagnement des personnes handicapées, et une réponse équitable aux besoins sur l'ensemble du territoire.

A ce titre :

- La CNSA met à la disposition de chaque département les données d'activité de sa maison départementale (issues du système d'information national) ainsi que celles de l'ensemble des autres MDPH aux fins d'analyse comparative ;
- Le rapport annuel du président du conseil général analyse ces chiffres d'activité en fonction du contexte et des contraintes locales. Il y ajoute une information sur l'organisation de la MDPH, les moyens, les compétences et les ressources financières mobilisées ;
- Le rapport peut mentionner tous les besoins recensés, et notamment les attentes d'appui technique vis à vis de la CNSA, à partir desquelles celle-ci élaborera chaque année son plan de travail pour l'année suivante ;

A partir de 2007, le rapport annuel public de la CNSA, au mois d'octobre de chaque année, assurera une synthèse des constats relevés par chacun des rapports départementaux. Entre la mi-septembre et la mi-décembre 2006, des réunions avec chaque conseil général ont été programmées afin de préparer dans les meilleures conditions la centaine de conventions d'appui à la qualité des MDPH qui devront être conclues au plus tard le 1^{er} janvier 2007. Pluriannuelles, ces conventions couvriront la période allant du 1^{er} octobre 2006 au 31 décembre 2008. Une première consolidation de l'ensemble des premières données collectées au printemps 2007 sera transmise pour réaction à chaque département, en vue d'une analyse approfondie au conseil de la CNSA en juillet 2007.

Chapitre 3

Adapter l'offre d'établissements et de services pour répondre aux besoins

La CNSA doit veiller à l'emploi le plus efficace de l'argent qu'on lui confie. Et c'est très particulièrement le cas pour les plus de 12 milliards d'euros dépensés, chaque année, dans les établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées et dans les services d'aide et de soins à domicile. Sommes très importantes qui, par l'engagement des pouvoirs publics, sont en très forte croissance depuis quelques années. Mais pour autant, on le sait, sommes encore insuffisantes à couvrir tous les besoins.

Cet argent doit donc aller là où il est le plus nécessaire, là où son emploi est le plus urgent. Pour cela, la loi confie à la CNSA la responsabilité de recueillir, auprès des préfets de région et de département, l'expression directe des besoins prioritaires de financement. Pour ce faire, les services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS) se sont engagés en 2006, avec l'appui technique de la CNSA, dans une démarche entièrement nouvelle de programmation financière, à laquelle doivent être associés tous ceux qui gèrent au quotidien les projets d'équipements médico-sociaux : au premier chef les conseils généraux, mais aussi tous les organismes et institutions membres des « Comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale » (CROSMS).

L'outil qui résume cette démarche porte un nom en forme d'acronyme, dont on trouvera le sens dans les pages qui suivent : PRIAC. Il s'agit d'un programme financier régional, qui devra être mis à jour en permanence pour fixer de manière continue les priorités de financement et les objectifs de rattrapage. Ce sont ainsi les 22 PRIAC régionaux, résultat des premières analyses et arbitrages locaux, qui ont permis à la CNSA de dresser avant l'été un premier bilan des besoins qualitatifs et quantitatifs d'équipement sur toute la France. Exercice encore incomplet, certes, et qui devra être amélioré, mais exercice prometteur car ce sont les PRIAC qui permettront de ne plus répartir les enveloppes budgétaires à l'aveugle, par le jeu d'un simple clé de calcul.

Surtout, c'est grâce à cette démarche ascendante des PRIAC, à l'écoute des initiatives locales, que les financements répartis par la CNSA pourront répondre aux projets les plus novateurs, et notamment tous ceux qui parviennent à articuler, autour d'une même personne, plusieurs services différents et complémentaires d'accueil, d'hébergement ou d'intervention à domicile.

3-1. Partir des besoins prioritaires pour définir les priorités financières :

Mettre en place une méthodologie commune de valorisation des besoins à couvrir en priorité

La CNSA est chargée de répartir les crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux accueillant personnes handicapées et personnes âgées, financés par l'Assurance maladie et relevant de la compétence de l'État et ce, dans un souci de résorber les inégalités territoriales.

Pour répondre à cet objectif, la loi du 11 février 2005 a créé un nouvel outil de programmation des opérations à financer en priorité : les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui dressent sur trois ans les priorités régionales et inter départementales de financement de créations ou transformations d'établissements et de services répondant aux besoins les plus urgents. Élaboré au cours de l'année 2005 avec plusieurs régions pilotes, ce nouvel outil est expérimenté pour la première fois en 2006.

L'enjeu des premiers mois de 2006 était que les PRIAC « remontent » des régions à la CNSA au printemps afin qu'ils servent d'appui, même de manière partielle et encore expérimentale, aux orientations de l'ONDAM médico-social de 2007. Pour mettre en place une approche homogène des remontées des données du PRIAC, une première maquette a été construite, après six mois d'échanges avec cinq régions pilotes (Aquitaine, Centre, Île de France, Picardie, Rhône Alpes) au cours de l'année 2005. Ces régions ont à leur tour accueilli l'ensemble des autres régions au cours de six réunions début 2006 afin de faire part de leur expérience et présenter la démarche. À la mi-mai, les 26 régions avaient fait finalement parvenir leur premier PRIAC à la CNSA, malgré des délais contraignants. Pendant cette phase d'élaboration, la CNSA a apporté un appui technique aux régions par des échanges téléphoniques, mails, foire aux questions sur l'élaboration de ce nouvel outil et sur la maquette proposée.

Un premier bilan fait ressortir les enseignements suivants :

- Les régions qui ont pu élaborer le plus rapidement leur PRIAC sont celles qui ont mis en place une conduite de projet ou qui se sont appuyées sur des cercles de compétence médico-sociaux DDASS/ DRASS préexistants, associant de nombreux partenaires.
- Les délais contraignants n'ont pas permis de développer l'ensemble des concertations externes, et certaines régions ont souffert de l'absence d'études et d'expertises. Les échanges en amont avec les Conseils généraux (responsables des schémas départementaux) et les Agences régionales d'hospitalisation (qui établissent les schémas régionaux d'organisation sanitaire) et les membres des CROSMS, notamment, sont absolument nécessaires et doivent être renforcés.
- De manière générale, la maquette « unique » préparée par la CNSA et les régions pilotes s'est avérée correctement utilisable. Plusieurs questions très importantes restent toutefois pendantes, qui ont été exposées au Conseil de la CNSA en juillet 2006 et devront faire l'objet de réflexion d'ici la deuxième « remontée » de 2007. Et

notamment les modalités méthodologiques qui garantiront une plus grande homogénéité – et donc comparabilité – des programmations régionales.

Il convient enfin de souligner que la qualité des PRIAC est fortement tributaire de l'existence, de la qualité et de l'actualisation des schémas départementaux gérontologiques et du handicap, pilotés par les départements depuis la loi sur les responsabilités locales du 13 août 2004. Les priorités financières de la programmation (PRIAC) doivent en effet s'appuyer sur les priorités physiques de la planification (schémas) évaluant les besoins des personnes, or force est de constater qu'à ce jour peu de schémas départementaux définissent de réelles priorités dans un cadre territorialisé.

3.1.2. En assurer la consolidation au plan national

Une méthode d'analyse des PRIAC dite « d'analyse de la valeur » est en cours d'élaboration avec une société spécialisée pour une exploitation comparée à partir d'indicateurs communs. (cf. rubrique 3.1.3 B). Ces données doivent permettre une analyse des priorités de financement avec l'objectif de diversifier l'offre face à l'évolution des besoins. Sur la base de cette analyse la CNSA engagera les échanges avec chaque région et département².

Une première lecture permet déjà d'observer qu'en matière de handicap, les besoins sont sensibles pour la petite enfance et que, par ailleurs, malgré l'accélération des créations de places du Plan Autisme en 2006, persiste une demande de créations de places en institutions et en service d'accompagnement à domicile pour ce type de handicap. Pour le secteur des personnes âgées dépendantes, les objectifs du Plan Alzheimer ne sont pas complètement réalisés, et la pression reste importante pour la création de places en EHPAD, confirmant les données nationales. Les PRIAC font aussi remonter des besoins spécifiques à certaines régions sur des problématiques que ne traitent pas les plans nationaux : un manque d'équipement pour les enfants déficients moteurs ou intellectuels ; et pour les adultes un besoin en matière d'insertion professionnelle.

En résumé, grâce à des remontées régulières d'une programmation pluriannuelle glissante, les PRIAC s'inscrivent dans une logique de financement à partir des besoins :

1° Ils contribuent chaque année à construire les ONDAM médico-sociaux et les plans nationaux de création de places nouvelles, selon une logique ascendante, en intégrant les priorités issues des régions et correspondant à des projets prioritaires et valorisés financièrement.

2° Ils permettent de répartir les enveloppes régionales et départementales des crédits d'OGD, en tenant mieux compte des opérations prioritaires pour satisfaire les besoins les plus urgents : cette logique de programmation interdépartementale au sein d'une même région se situe en aval et en prolongement de la logique de planification (schémas départementaux). La programmation des établissements et

² Observons qu'à ce jour bon nombre de PRIAC reprennent principalement les projets en attente d'autorisation faute de financement, sans toujours faire porter les choix sur des opérations réellement prioritaires satisfaisant les besoins les plus urgents.

services à tarification préfectorale, qui s'inscrit elle aussi dans une approche territoriale de proximité, vise établir sur trois ans perpétuellement glissants un cadencement de réalisation des projets prioritaires, en concertation - qui reste impérativement à renforcer et à contrôler - avec les départements et les organismes membres du CROSMS.

3.1.3. Perspective : valoriser les outils d'aide à la décision financière :

Les instructions budgétaires de 2005 ont organisé, au titre du suivi de la campagne budgétaire de 2006 des établissements et services pour personnes handicapées, la remontée des données issues des budgets prévisionnels 2005 (BP) et des comptes administratifs 2004 (CA). Ce que l'on appelle « l'enquête CA/BP ». Pour la CNSA cette opération répond à un triple enjeu :

- disposer d'informations actualisées et partagées ;
- diffuser les données exploitées à chaque région et département, en vue de la réalisation des PRIAC ;
- et donc, à ce titre, éclairer à la fois les choix budgétaires locaux et objectiver les critères de répartition des dotations régionales et départementales.

Une première exploitation des données parvenues, portant sur 12 régions, soit 48% de l'enveloppe nationale métropolitaine, permet d'ores et déjà de mieux connaître le poids financier au sein de l'OGD de chaque statut juridique des établissements et de disposer d'une meilleure visibilité de la masse salariale et des coûts moyens par poste exprimé en équivalent temps plein. A cet égard, on constate des écarts importants de ces coûts moyens entre régions pour des structures de même nature, signe des inégalités historiques dans la répartition et dans l'utilisation des enveloppes de crédits. Enfin, ces données confirment que les crédits non reconductibles, sont mobilisés, pour une part importante, dans l'équilibre des budgets prévisionnels.

Ce dispositif qui reste à perfectionner, tant dans son contenu, son calendrier et son champ d'application (il ne concerne pour l'instant que le champ du handicap), va progressivement constituer un outil pertinent pour assurer un bon suivi de l'emploi des enveloppes, tant au plan départemental et régional que national. Il faut par ailleurs consolider la méthodologie des PRIAC, notamment en termes de valorisation financière.

Dés à présent avec l'appui d'un organisme consultant, la CNSA s'est engagée dans une démarche visant à mesurer la qualité et la pertinence de chaque PRIAC transmis par les préfets de région. La démarche retenue, relevant des méthodes dites « d'analyse de la valeur » vise d'une part à permettre une lecture comparée, objective et homogène des priorités interdépartementales retracées dans chaque PRIAC, et d'autre part à restituer des éléments de comparaison et d'analyse aux niveaux départemental, régional et national.

Ainsi cette démarche d'évaluation de la nouvelle procédure de programmation doit avoir pour objectif d'épouser en temps réel les nécessaires évolutions méthodologiques des PRIAC : articulations liées aux évolutions des modes de construction des outils de planification d'amont que sont les schémas départementaux, référentiels de cadrage des demandes prioritaires en lien avec les

dimensions prévisionnelles des enveloppes de crédits, articulations avec les éléments résultant de l'opération « CA/BP », traductions financières plus fines des projets retenus, amélioration des prévisions résultant du caractère pluriannuel de l'exercice.

3-2. Assurer la transparence, l'équilibre et l'équité dans la répartition régionale et départementale des enveloppes

La répartition des enveloppes financières de fonctionnement : le bilan des notifications opérées

L'instauration dès 2006 d'une démarche ascendante

La répartition des dotations départementales 2006 réalisée par la CNSA au 15 février 2006 a été conçue comme un dispositif de transition, dont le calendrier intègre l'avancement notable des échéances de tarification. En effet, le nouveau dispositif légal (issu de la loi du 11 février 2005) repose sur une mesure méthodologiquement homogène des besoins financiers (pluriannuels) au niveau des départements et des régions au travers du PRIAC. Or les PRIAC de première génération ne sont « remontés » qu'à partir du printemps 2006. Pour enclencher dès 2006 la nouvelle approche de valorisation par le niveau local des moyens qui lui sont nécessaires, et accélérer du même coup le calendrier de notification des tarifs³, le processus a constitué une étape de transition avant la mise en œuvre totale et effective pour 2007 de la procédure PRIAC.

Lors de cet exercice, la fixation des dotations de mesures nouvelles a été conduite, conformément aux orientations du Conseil du 24 janvier 2006, sur la base d'une pondération de critères généraux (populations, dépenses par habitant, listes d'attente, taux d'équipement, diversification des accompagnements, activité des infirmiers libéraux en gérontologie ...) visant à représenter le niveau de besoin de chaque région. Cette recherche d'une certaine équité entre les régions se doublait d'un objectif de suivi des plans gouvernementaux.

Sur cette base « pré notifiée » à chaque région, le préfet de région (DRASS) a transmis, en lien et en concertation avec les préfets de départements (DDASS), une proposition de répartition infrarégionale globale (départementale) sur les thématiques « enfants et adolescents handicapés », « adultes handicapés » et « personnes âgées » permettant de garantir la tenue des plans nationaux consolidés au niveau régional. Cette proposition régionale transmise à la CNSA entre le 15 et le 31 janvier 2006 a permis à celle-ci, en fonction des principes fixés par son Conseil de fixer les dotations départementales définitives le 15 février 2006. La tenue de ce délai a permis de raccourcir d'environ trois mois le calendrier habituel de la campagne budgétaire relative aux établissements et services médico-sociaux.

³ Cette accélération, pour être réelle, n'a cependant pas toujours permis aux établissements d'être tarifés dans le délai fixé par les pouvoirs publics pour le 30 avril. Le resserrement du calendrier budgétaire reste donc à perfectionner.

L'objectif de tenue des plans nationaux a été atteint

Dans la mesure où les objectifs des plans nationaux étaient tenus au niveau régional, conformément aux orientations prises par son Conseil, la CNSA n'a pas apporté de correction significative aux propositions départementales transmises par les régions.

L'existence d'un écart positif entre les objectifs physiques correspondant au montant des enveloppes régionales indicatives de référence (note de cadrage budgétaire du 30 novembre 2005) et ceux servant de base à la proposition régionale du 15 janvier 2006 s'explique par des raisons techniques qui ont fait l'objet d'une présentation devant le Conseil le 24 janvier 2006.

Les modalités de répartition des dotations au 15 février 2006 ont permis d'amorcer un processus de réduction des disparités régionales : Cette réduction, pour être réelle, reste toutefois insuffisante en raison, d'une part, de l'inachèvement de la procédure PRIAC, d'autre part, des dispositions de lissage décrites ci-dessous.

Le maintien des taux de progression dans un intervalle raisonnable

Afin de ne pas introduire des éléments de rupture incompatibles avec l'allocation budgétaire antérieure, la CNSA a veillé, comme l'a demandé son Conseil en janvier 2006, à maintenir les taux de progression des enveloppes dans un intervalle raisonnable autour du taux moyen national. Les pondérations retenues permettent un taux de progression des ODG régionaux qui les maintienne à la fin de la procédure d'allocation 2006 dans un intervalle raisonnable autour de taux moyens indicatifs de 4%-8% hors DOM-TOM- pour une évolution à 6,2 % pour la « Dépense Autorisée –PH » et de 11% à 16% - hors DOM-TOM - pour une évolution moyenne à 13,4% pour la « Dépense Autorisée- PA ». La relative étroitesse de ce serpent autour de la valeur moyenne ne permet qu'un rattrapage progressif des situations d'inégalité. Elle se justifie, toutefois, ainsi que l'a souhaité le Conseil lors de sa séance du 24 janvier, d'une part par l'existence de besoins même dans les régions les mieux dotées, et d'autre part par les lacunes et imprécisions du système actuel d'information.

En tout état de cause, les délais extrêmement courts (une dizaine de jours entre les remontées régionales et les notifications) l'absence de vision pluriannuelle en attente des PRIAC, et enfin le manque de mesure objective des inégalités de besoins infrarégionales ne permettaient pas, dans cette année de transition, d'utiliser pleinement la faculté qu'a la CNSA d'intervenir sur l'équité des enveloppes au niveau de chaque département. Ce dernier point constitue donc, à l'évidence, le principal champ de progrès pour le prochain cycle de notification (2006/2007), qui a d'ailleurs débuté en septembre 2006, avec la première notification des « enveloppes anticipées » de l'ONDAM 2007.

La répartition des aides à l'investissement

Faisant suite à un souhait exprimé par le Conseil de la CNSA en octobre 2005, le Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille, a décidé d'un plan d'aide à l'investissement contribuant à moderniser le parc immobilier des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et âgées en perte d'autonomie. Doté de 500 M€ (350 dans le secteur gériatrique, 150 dans celui du handicap), ce plan a été financé à partir des excédents inscrits à l'exercice 2005 du budget de la CNSA, en application de l'article 51 III de la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2005. Après délibération du conseil de la caisse en janvier 2006 sur les critères à retenir pour sélectionner les opérations à retenir en priorité, une instruction commune DGAS-CNSA de mars 2006 est venue préciser les conditions de mise en œuvre du plan par les préfets de région.

Les établissements concernés ont été d'une part, les IME, les MAS, les FAM dans le champ du handicap, d'autre part dans le secteur gériatrique, les EHPAD habilités à l'aide sociale et les USLD ayant conclu la convention leur rendant applicable la tarification ternaire. Les aides se sont concentrées sur des locaux existants ainsi que des projets globaux d'amélioration de la qualité de vie. Ont été également pris en compte dans les priorités : les lieux de vie permanents, la diversification des accueils, l'existence de cofinancements. La participation de la CNSA a été fixée entre 20 et 40% pour les EHPAD, les USLD et les FAM et entre 20 à 60% pour les IME et les MAS.

Au regard des propositions transmises par les préfets de région, les premières enveloppes de crédits ont été notifiées en juillet 2006, sur environ 90% des crédits totaux disponibles.

Le bilan exhaustif et précis de cette opération ne pourra toutefois être fixé qu'en fin d'année 2006. D'ores et déjà il convient de souligner que l'apport des 500 M€ de la CNSA permet la réalisation d'opérations de rénovation du bâti dont le coût total dépasse 2 milliards €.

Perspective : affiner les indicateurs de répartition des enveloppes

Dès janvier 2006 l'attention du Conseil avait été appelée sur les insuffisances du système d'information et sur les insuffisances de certains indicateurs (tels les taux d'équipement qui rapportés à chaque catégorie juridique d'établissements et de services sont inopérants pour repérer les priorités entre catégories de handicaps), ou la non fiabilité de certains autres (tels les comptabilisations des files d'attente issues des ex CDES et COTOREP) ou encore leur caractère non pertinent (tels le nombre de projets ayant recueillis un avis favorable des CROSMS et en attente d'autorisation, faute de financement : la prise en compte de ce critère étant souvent de nature à accroître les inégalités entre départements et régions).

Progressivement, à partir de 2007 et sur les exercices ultérieurs, les données produites par un système d'information rénové, combinées à des PRIAC disposant d'une méthodologie plus précise, doivent permettre de diversifier les critères de répartition des enveloppes, afin de refléter plus finement les principales caractéristiques de la demande et de mieux caractériser la configuration de l'offre.

Ainsi seront graduellement intégrées des données de morbidité (notamment celles produites par les MDPH et le CLIC, au titre de leur fonction d'observatoires de proximité), la détermination des besoins prioritaires par catégories de handicaps (MDPH), des indicateurs reflétant la diversification de l'offre, des référentiels de recours aux différentes formes d'accompagnement (garantissant un bon équilibre entre institutions, soutiens à domicile et formules intermédiaires), des éléments relatifs aux migrations démographiques, aux aires d'attraction et aux temps d'accès. Sera également prise en compte la montée en charge des procédures d'évaluation interne et externe de la qualité des prestations produites par les établissements et services.

Chapitre 4

Rassembler et accroître les savoirs, pour mieux agir

La situation de vie des personnes handicapées et des personnes âgées privées d'autonomie est, en France, très mal connue ; les statistiques sur les équipements et les services d'accompagnement sont souvent incertaines et extrêmement lacunaires ; la recherche sur les situations de perte d'autonomie, sur l'usage des aides techniques, sur l'évaluation et les référentiels peine à se faire connaître... En un mot, la connaissance est, dans ce champ, encore largement à nourrir et à organiser. Et parce qu'il s'agit d'une connaissance toujours liée à la vie concrète, elle ne peut être à la fois – à l'image du Conseil scientifique de la CNSA – qu'une connaissance pluridisciplinaire, et une connaissance ancrée dans l'action.

C'est en rassemblant les savoirs, en organisant les systèmes d'information, que l'on agira mieux et plus efficacement en faveur des personnes privées d'autonomie. Il n'y aurait aucun sens à déployer des sommes toujours plus importantes sur l'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie sans faire l'effort de constituer, dans le même mouvement, un puissant capital de connaissances techniques et sociales à la hauteur de l'enjeu. La traduction de cette exigence est de reconnaître dans les enjeux déterminants de la connaissance, outre la nécessaire justice dans la répartition des moyens financiers, l'appréhension fine des besoins en aides humaines et en de nouveaux métiers de l'accompagnement à domicile et en établissements, comme l'application des nouvelles technologies au domaine des aides techniques et de la domotique. Mais, en retour, c'est par l'action et la pratique concrète que se constitueront et s'éprouveront des connaissances et des savoirs précis. Cette connaissance-là ne s'échafaude pas en laboratoire : elle naît au contact des personnes elles-mêmes et des professionnels qui les entourent. La CNSA peut et doit se situer des deux côtés de ce double mouvement.

En tant qu'agence, la CNSA s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue des réponses apportées aux personnes et des dispositifs d'accompagnement. Celle-ci peut être décomposée en quatre volets :

- Un premier volet pour réunir les connaissances nécessaires à l'analyse des écarts et des dysfonctionnements. Ces informations doivent être aussi un moyen d'objectiver les débats
- Un second volet pour proposer de nouvelles solutions et pour les tester avec méthode
- En troisième volet pour mettre en œuvre de manière opérationnelle les solutions éprouvées
- Enfin un volet pour évaluer, identifier les améliorations possibles et démultiplier

Ceux-ci s'appuient à la fois sur l'utilisation optimisée des systèmes d'information, sur les études et les actions innovantes développées dans le cadre de la section V et sur les actions conduites sous l'égide du conseil scientifique de la CNSA.

4-1 Disposer, grâce à un schéma directeur, d'une vision d'ensemble

La COG conclue entre l'Etat et la CNSA consacre un chapitre spécifique à la mise en place et à la maintenance des systèmes et échanges d'informations entrant dans le champ de compétence de la caisse. Dans ce cadre, à partir des orientations définies par un « comité de maîtrise d'ouvrage stratégique », organisé par l'Etat, un groupe de « maîtrise d'ouvrage opérationnel », piloté par la CNSA a élaboré la version initiale d'un schéma directeur des systèmes d'information qui porte sur les quatre champs fonctionnels et techniques suivants :

- le champ des établissements et services médico-sociaux (données liées aux allocations financières, aux consommations des crédits, aux PRIAC, aux besoins des bénéficiaires, à l'offre de prestations fournies, au maillage du territoire de cette offre. ..) ;
- le champ des prestations liées à la perte d'autonomie (données liées au suivi de l'APA, de la PCH, de l'AAH, aux modes de délivrance des aides techniques...) ;
- le champ des besoins, y compris qualitatifs, des bénéficiaires (données liées aux caractéristiques des bénéficiaires, aux plans personnalisés proposés par les équipes techniques, aux décisions des CDAPH, aux décisions d'attribution de l'APA...) ;
- un champ plus transversal et général (articulations avec les systèmes d'information et bases de données, gérés par d'autres institutions, création d'un entrepôt de données sur la perte d'autonomie, future base de connaissances partagées de la CNSA...).

L'objet de ce schéma directeur est de formaliser l'expression des besoins en information de l'ensemble des maîtrises d'ouvrage (Etat, CNSA, départements), concourant à la visibilité du pilotage des politiques conduites dans le champ de la perte d'autonomie. Pour cela, il convient d'identifier les projets répondant à ces besoins et définir leur système de gouvernance, d'identifier et développer les projets nécessitant un développement informatique spécifique, et de garantir la cohérence technique et fonctionnelle d'ensemble du dispositif et de son évolution.

Il s'agit donc d'une première approche globale et cohérente, appuyée sur l'existant mais essentiellement orientée vers le développement de systèmes d'information nouveaux, du champ global de la perte d'autonomie. Ce schéma directeur sera diffusé à la fin 2006.

4-2 Dès à présent, faire porter un effort prioritaire sur les aides techniques et les expériences innovantes

Eclairer le marché des aides techniques et améliorer leur emploi

Conformément à ses missions, la CNSA s'attache à contribuer à la mise en place des outils apportant une meilleure connaissance des produits existants. Elle doit se pencher aussi sur le fonctionnement et les caractéristiques du marché des aides techniques. Les principaux programmes en cours de développement sont les suivants :

Le projet « Métabase »

L'information sur les aides techniques est foisonnante, dispersée et de qualité inégale. Elle est difficile d'accès aussi bien pour les professionnels que pour les particuliers. La CNSA s'est fixée pour objectif de mettre à disposition un outil destiné à faciliter l'accès à l'information relative aux appareillages et aides techniques disponibles sur le marché et à assurer une plus grande transparence de l'offre qui doit être facilement accessible en particulier pour répondre aux besoins du grand public et des professionnels des MDPH.

Ce site Internet intégrera les informations provenant des bases de données existantes, aussi bien des fournisseurs d'aides techniques, que de centres et de ressources et d'associations, dans le cadre d'une politique de contractualisation étroite. Le Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH) dont l'expertise est reconnue sur certaines aides techniques et qui a développé une base de données, dénommée CERAHTEC, sera étroitement associé à la définition, au pilotage et à la gestion de ce dispositif coordonné d'information.

Le groupe technique de travail sur la fixation des tarifs des aides techniques

Un groupe de travail, composé de représentants de la CNSA, la DGAS, la DSS, l'Association française contre les myopathies (AFM) et l'Association des paralysés de France (APF), a commencé de se réunir dès le début de l'année 2006 afin d'étudier l'adéquation des tarifs publiés dans l'arrêté du 28 décembre 2005 sur « l'élément 3 » de la prestation de compensation relatif aux aides techniques avec les prix réels des aides acquises ces dernières années par les usagers bénéficiaires du fonds d'aide personnalisé (FAP).

Ce fonds, géré par les deux associations précitées, intervenait dans le cadre de l'ancien dispositif de financement des aides techniques après tous les autres financeurs, notamment le Site pour la vie autonome s'il existait, pour réduire le reste à charge des personnes handicapées ne pouvant l'assumer. Il a été décidé d'analyser ces données du passé, qui présentent l'avantage de constituer des séries homogènes sur une longue durée, avec un priorité aux prix des fauteuils roulants et de leurs accessoires qui feront prochainement l'objet d'une nouvelle tarification en cours d'élaboration par le Comité économique des produits de santé (CEPS). Cette

analyse pourra ainsi éclairer les décisions de tarification des fauteuils roulants qui doivent être prises par le ministre de la santé pour l'inscription à la LPPR de cette nomenclature modulaire. Cette action permettra en outre d'affiner la méthodologie dans la perspective d'une extension au recueil de l'information économique qui sera détenue par les MDPH.

Des enquêtes sur les prix et la formation des prix des aides techniques

Afin de mieux comprendre le marché des aides techniques destinées aux personnes handicapées, un travail d'enquête a été engagé en s'inspirant de l'étude d'opportunité sur les achats hospitaliers réalisée par la MEAH (mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier).

L'objectif est d'apporter un éclairage sur la diversité des modalités et des circuits d'acquisition des aides techniques. Un premier test de la méthode a débuté sur les prothèses auditives (avant extension dans le secteur des aides à la communication et des fauteuils roulants). Il doit conduire, notamment, à produire une analyse des prix détaillée et systématique, permettant d'identifier et analyser les écarts tarifaires en tenant compte des éventuelles disparités territoriales et les différentes modalités d'acquisition. Il permettra aussi de procéder à une analyse du marché des fournisseurs, afin de comprendre la structure des marchés et de proposer de stratégies d'achat et un accompagnement de ces stratégies. Par ailleurs une enquête du type « une semaine donnée » sur les prix des aides techniques auprès d'un échantillon de commissions des droits pour l'autonomie (CDAPH) volontaires est en cours de préparation.

L'organisation avec l'AFM et la Fondation des caisses d'épargne, avec l'appui scientifique de la Haute Autorité en Santé, d'une audition publique sur les aides techniques

L'enjeu est de définir, in fine, des référentiels de bonnes pratiques dans les processus d'acquisition par une personne handicapée d'une aide technique : définition du champ de ces aides, recueil du besoin, évaluation, recherche de solutions et aide au choix, organisation économique du processus d'acquisition. L'opération se déroulera à la fin mars 2007, sous la forme d'une audition publique et la production d'un rapport d'orientation qui sera mis en ligne sur chacun des sites Internet des organisateurs de l'audition.

La convention de coopération avec le ministère de la défense sur les aides techniques

Le protocole de coopération et d'action signé en juin 2006 détermine un champ de coopération autour de quatre objectifs communs : la participation des 18 centres régionaux d'appareillage relevant de ce département ministériel à l'évaluation des besoins en aides techniques des personnes handicapées, la formation des équipes pluridisciplinaires des MDPH à l'évaluation des besoins et des réponses en aides techniques, l'association du Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH) à la gestion d'un dispositif coordonné d'information sur les aides techniques, la valorisation dans ce champ de l'expertise et des savoir-faire des structures et professionnels.

Dans une perspective d'adaptation des moyens existants aux besoins localement constatés, la Direction des statuts, des pensions et de la réinsertion sociale (DSPRS) de ce ministère s'engage, en concertation avec la CNSA, à réorganiser si nécessaire les interventions de ses services en faveur des MDPH et à mettre en place des centres de ressources interdépartementaux. De son côté, le CERAH, qui assure déjà des formations à destination des distributeurs, élaborera un cursus de formation au profit des équipes des MDPH chargées de l'évaluation.

L'instauration d'un observatoire des prix des aides techniques

L'ensemble de ces actions, doublées des observations conduites dans les MDPH et de l'appui à des centres de ressources **spécialisés** (CICAT) permet d'envisager la constitution progressive d'un « observatoire national ». Les buts poursuivis par un tel observatoire sont :

- de limiter le reste à charge éventuel des personnes handicapées, en maîtrisant le coût des aides techniques sans peser sur leur qualité ;
- d'améliorer pour cela le fonctionnement du marché des aides techniques ;
- de diffuser de l'information sur les aides techniques et les acteurs sans déstructurer la production d'information existante ;
- de constituer un lieu d'échanges et de concertation sur le thème spécifique des aides techniques, permettant de valider collectivement des données, faire des commentaires, prévoir des actions de correction, sans se limiter au seul échange d'informations.

Pour ce faire, l'observatoire à vocation à assurer quatre missions principales :

- collecter des données fiables et récentes de manière régulière et suffisamment homogène pour suivre les évolutions ou tendances dans le temps ;
- exploiter (traitement et analyse) l'information et les données recueillies pour répondre aux besoins et attentes des acteurs ;
- restituer les données sous forme de documents, tableaux de bords, et cartographies ;
- diffuser toute information (rapports, études,...).

L'observatoire, qui s'intégrera au sein de la CNSA et dont la première réunion est prévue le 16 novembre 2006, produira ses premiers travaux au cours du premier semestre de 2007.

Accompagner et évaluer les expériences innovantes

En la matière, le levier principal d'intervention est constitué par la mobilisation à bon escient des crédits inscrits à la section V du budget de la caisse.

Un programme d'action élaboré conjointement par l'Etat et la CNSA a été validé par le Conseil de la caisse en avril 2006. Quatre axes prioritaires du programme d'action ont été arrêtés pour 2006 :

- **La connaissance de la situation des personnes privées d'autonomie** : études épidémiologiques ; études sur l'amélioration des outils d'évaluation des besoins des personnes, sur l'écart entre les évaluations et les aides, sur le niveau

de prise en charge de ces aides ; référentiels de bonne orientation et d'accompagnement ; enquêtes prospective et rétrospective sur les attentes des personnes, en particulier en matière de maintien à domicile ou d'entrée en établissement...

- **L'anticipation des problématiques émergentes** : aides aux aidants (référentiels de bonnes conduites vis-à-vis des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, recherche-action sur la mise en œuvre de nouveaux dispositifs de soutien aux aidants...) ; études sur les modes de coordination ou mise en réseau de l'accompagnement des personnes âgées ; combinaison domicile-hébergement en établissement ; référentiels, guides ou programmes architecturaux expérimentaux relatifs à l'adaptation des espaces à la vie au grand âge ; application des nouvelles technologies au service de l'autonomie ; suivi de l'insertion professionnelle précoce ; amélioration de la qualité de vie dans les EHPAD ...

- **Les aides techniques** : connaissance et évaluation des aides techniques et de leurs marchés, mise en place de réseaux régionaux... .

- **Les mesures de l'efficience**, portant notamment sur la tarification (en particulier relative à la prise en charge des frais de transport, tarifs et coûts d'hébergement) ; études des modes d'harmonisation et de l'attribution de l'APA en établissement...

Afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, un appel à projets national a été conjointement lancé par la DGAS et la CNSA, pour promouvoir les accueils temporaires et les gardes itinérantes de nuit. Les projets retenus seront financés sur les crédits de la section IV de la caisse. L'enjeu est de sélectionner les actions portant sur ces accompagnements innovants qui, par leur qualité de conception, leur reproductibilité et leur adéquation aux besoins des bénéficiaires, permettront d'élaborer un guide méthodologique de procédure pour développer ces modes d'accompagnements.

Au titre de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, la CNSA participe activement à la mise en œuvre du plan santé mentale initié par les pouvoirs publics en 2006 et notamment aux deux programmes suivants :

- le repérage, l'analyse et la diffusion d'actions locales de coopération entre le sanitaire et le médico-social dans le champ de la santé mentale ;
- l'appui national à l'élaboration de programmes décroisés en santé mentale dans les régions Bourgogne et Haute Normandie, en liens avec les administrations centrales et les DDRASS, DDASS et les ARH concernées. L'enjeu est ici d'identifier les freins comme les conditions de réussite de l'articulation du sanitaire, du social et du médico-social dans l'accompagnement des personnes présentant des affections psychiques entraînant des déficiences et des incapacités.

On doit enfin mentionner la participation de la CNSA au programme « bien vieillir ». Pour la deuxième année, la CNSA financera intégralement l'appel à projets destiné à cofinancer des actions innovantes s'inscrivant dans le programme national

« Bien vieillir ». 2,5 millions d'euros y sont consacrés, tandis que 500 000 euros sont destinés à évaluer les actions précédentes.

Créé en 2003 sur 17 sites pilotes et élargi en 2005 sous l'égide d'un comité de pilotage, le programme Bien Vieillir vise à promouvoir des actions incitant les personnes âgées à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé. Il contribue ainsi à l'amélioration de la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles et le risque de désocialisation. Ce programme comprend deux volets :

- La promotion de la santé et du bien-être des seniors et la prévention des pathologies liées au vieillissement en lien notamment avec le PNNS (programme national nutrition santé) ;
- L'amélioration de la qualité de la vie. Il s'agit ici de conforter et développer le rôle social des personnes vieillissantes dans les domaines culturel, professionnel et touristique ; toutes activités étant porteuses de lien social et de solidarité entre les générations

La mission des DRASS est de relayer et diffuser cet appel à projets, de sélectionner avec l'aide éventuelle d'un comité technique, les projets à caractère régional conformes au cahier des charges. La CNSA intervient en complément d'autres financeurs, publics ou privés, et des fonds propres des promoteurs, mais non en financeur unique.

Anticiper certaines évolutions nécessaires

En janvier 2006, le Conseil de la caisse a souhaité que soient constitués deux groupes de travail organisant une réflexion prospective et approfondie sur deux thèmes ayant une incidence forte sur les activités de la CNSA :

Le premier groupe de travail s'est fixé l'étude des « évolutions souhaitables en matière de tarification des établissements et services médico-sociaux, dans la perspective d'une approche trans-âge de la prise en charge ». Présidé par Marie Sophie Desaulle, vice-présidente du Conseil, il rassemble un groupe permanent de 18 personnes (dont 11 organismes ou personnes membres du Conseil) qui s'est réuni à 8 reprises entre mars et octobre 2006. Plus de dix organismes ont été auditionnés et ont remis pour la plupart des contributions écrites.

La réflexion du groupe aborde cinq types de convergence à étudier dans le champ des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées : l'évaluation des besoins d'accompagnement, la construction des coûts, les modes de tarification, l'allocation des ressources, le « reste à vivre » des intéressés.

Ces réflexions portent notamment sur le nécessaire recensement des tarifs d'hébergement pratiqués dans les deux secteurs, sur les périmètres à retenir pour les prestations couvrant respectivement les soins, la compensation de la perte d'autonomie, l'hébergement et l'animation. Le groupe travaille également sur un processus d'harmonisation de l'attribution de l'APA et de la PCH en établissement dans un souci de bon équilibre avec les niveaux de ces prestations délivrées à domicile. Il s'attache de même à revoir les modalités actuelles de remboursement des frais de transport en identifiant ceux qui relèvent ou non d'une inclusion dans les

tarifs administrés et ceux susceptibles respectivement d'être couverts par l'assurance maladie ou par les prestations solvabilisant la perte d'autonomie.

Le second groupe de travail, intitulé « du projet de vie au lieu de vie » vise à notamment à proposer des modes d'organisation innovants, revisitant, pour mieux la dépasser, la frontière « établissement-domicile ». Présidé par Georges Grulois, vice-président du Conseil, le groupe permanent de 16 personnes (dont 9 membres du conseil et 2 membres du conseil scientifique) s'est réuni à 6 reprises entre avril et octobre 2006. Après avoir établi un glossaire, précisant les concepts relevant de son champ de réflexion (projet de vie, institution, habitat, accompagnement...), le groupe a initié une série d'auditions (usagers, élus, opérateurs porteurs d'expériences innovantes, architectes, sociologues, autres experts...).

Le groupe devrait proposer notamment de nouveaux modes d'organisation des accompagnements des personnes en perte d'autonomie, en se fondant sur l'analyse d'expériences novatrices et reproductibles repérées tant en France qu'à l'étranger.

4-3 Mieux savoir, grâce au Conseil scientifique.

La loi du 30 juin 2004 a doté la CNSA d'un Conseil scientifique. En application des articles L.14-10-3 (V) et R. 14-10-28 du code de l'action sociale et des familles, cette instance remplit deux principales fonctions :

- elle est chaque année saisie pour avis de l'ensemble des questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la COG conclue entre l'Etat et la CNSA ;
- elle peut être saisie par le Conseil ou par le directeur de la caisse de toute question d'ordre technique ou scientifique entrant dans le champ de compétence de la caisse.

Comportant 22 membres, le Conseil scientifique est composé à parité de représentants d'organismes nationaux d'études et de recherche et de personnalités qualifiées dans le champ de la perte d'autonomie (universitaires, chercheurs, économistes, médecins...). Installé en mai 2006, le Conseil scientifique constitue en quelque sorte le « troisième pilier » de la gouvernance de la CNSA, il remplit un triple rôle.

Expert au soutien de l'action du Conseil et des services de la CNSA

Sur ce point, le Conseil scientifique a retenu dans son programme de travail, trois priorités. Deux d'entre elles sont traitées dans le cadre de commissions spécialisées qui ont été constituées à cet effet :

Une première commission se consacre à l'enquête Handicap Santé en cours de lancement, avec pour objectifs :

- d'identifier les questions principales que se pose la CNSA pour le pilotage de son action au niveau national et au niveau régional et départemental ;
- de voir comment l'enquête Handicap Santé et les autres enquêtes existantes ainsi que le système d'information des MDPH pourraient y répondre.

Ce travail doit principalement aboutir à la liste de questions que la CNSA demandera d'intégrer à l'enquête Handicap Santé.

A été également constitué une commission spécialisée sur l'évaluation des besoins de la personne ayant pour objectifs :

- De finaliser l'état des lieux sur les systèmes d'évaluation existants et leurs caractéristiques spécifiques
- De définir un cahier des charges générique pour les systèmes d'évaluation comportant plusieurs parties :
 - Sur la qualité de la mesure du système d'évaluation
 - Sur les conditions de l'expérimentation
 - Sur les principes et les champs couverts par le système d'évaluation
 - Sur les capacités d'articulation du système d'évaluation avec d'autres systèmes d'évaluation
 - Pour les parties correspondant à ses situations spécifiques (domicile, établissement ...).
- D'élaborer un plan de formation des acteurs de terrain souhaitant s'engager dans des expérimentations (formation générique sur les principes de l'évaluation des besoins et sur les méthodologies d'expérimentation).

Les conclusions de ces deux groupes de travail sont attendues pour la fin de l'année 2006.

La troisième priorité du programme de travail du Conseil scientifique consiste en une réflexion sur la manière d'aborder les comparaisons internationales : les thèmes prioritaires à traiter, les méthodes à adopter pour accroître la pertinence de ces comparaisons, les modes de construction d'un thésaurus international, l'étude des conditions propres à stimuler la mobilité de chercheurs au niveau international ainsi que les modalités de leurs coopérations. Des recommandations seront élaborées dans ce domaine.

Acteur de la participation de la CNSA à des programmes de recherche

La COG conclue entre l'Etat et la CNSA pour les années 2006 à 2009 a consacré un chapitre particulier à la prospective, la recherche, les études et expertises et les comparaisons internationales. Le Conseil scientifique est évidemment engagé dans la réalisation de l'objectif 7-1 de la convention, à savoir la demande faite à la CNSA de s'inscrire « dans une stratégie globale de renforcement de la recherche afin de favoriser l'évolution, la modernisation et l'organisation technique des politiques conduites dans le champ de la gérontologie et du handicap ». Pour ce faire, il apporte sa contribution et ses expertises aux dossiers qui lui sont soumis.

Outre son aide à la facilitation de la mise en œuvre des missions de la Caisse, le Conseil scientifique développera une réflexion prospective et des programmes de recherche, y compris au plan international, favorisant l'évolution et la modernisation des politiques dans le champ de la gérontologie et du handicap.

Plus spécifiquement le Conseil scientifique s'attachera tout particulièrement à la promotion de grandes études pluridisciplinaires réunissant médecins, sociologues et autres experts concernant dans un premier temps notamment :

- Les Nouvelles technologies et le marché des aides techniques : quel peut être un scénario français ? Comment améliorer l'accompagnement pour le transfert des technologies et leur diffusion vis à vis en particulier d'industriels et des MDPH ? Comment créer et mettre en place des centres d'expertise technique ?
- La problématique des aidants familiaux.

Par ailleurs au-delà du champ couvert par l'enquête Handicap-Santé, des études épidémiologiques, voire la mise en place de cohortes, devront être conduites pour approfondir et élargir la connaissance des populations en situation de perte d'autonomie et de leurs besoins.

Enfin il est prévu que le Conseil scientifique se penche sur les déterminants conditionnant la réussite des processus d'intégration (social, scolaire, professionnel...) qui évitent l'exclusion pour des personnes confrontées, parfois brutalement, à la perte d'autonomie.

Capable de penser un champ nouveau

La perte d'autonomie est un champ de connaissance dont les contours sont encore très mal définis et qui fait appel à des compétences variées. Tout un chemin est à parcourir pour, dans un premier temps amener les différentes disciplines à dialoguer entre elles et à développer la pluridisciplinarité.

Des réflexions dans le domaine de la sémantique devront être conduites afin d'élaborer petit à petit un langage commun. Au fil du temps les problématiques pourront être réellement élaborées à la croisée des domaines de connaissance donnant naissance à une véritable interdisciplinarité. Le conseil scientifique aura donc pour mission d'accompagner ce processus en lien avec l'ensemble de la communauté scientifique, en organisant les lieux de rencontre et de débat nécessaires.

Par ailleurs, force est de constater que bon nombre de chercheurs dans le domaine de la perte d'autonomie sont souvent isolés, mal reconnus et rencontrent de grosses difficultés à faire carrière et parfois sont obligés de quitter ce champ. A ce titre le Conseil scientifique devra contribuer d'une part au repérage des jeunes chercheurs et de certains professionnels et à la création des réseaux entre ces personnes, d'autre part au soutien de ces acteurs dans des réponses à des appels d'offres.

Chapitre 5

Une institution récente, expérimentant de nouveaux modes de fonctionnement

Les équipes de la CNSA, qui sont composées de collaborateurs aux origines et aux profils très divers, ont longuement réfléchi sur les valeurs qui nourrissent leur action pour élaborer ensemble un projet, fait de vision à moyen terme et de mise en œuvre au quotidien. Elles se reconnaissent sur un même engagement qu'elles expriment ainsi :

- cultiver l'esprit d'ouverture ;
- être moteur et force de proposition ;
- tenir nos engagements ;
- travailler en équipe.

Ce sont quatre exigences fortes, et quatre perspectives tracées. Cet engagement partagé est la meilleure des garanties d'un travail de qualité, et un rappel nécessaire à chaque difficulté rencontrée. Il sert d'appui à un travail dont les caractéristiques sont celles de l'animation de réseau. Les moyens d'action de la CNSA, en tant qu'agence technique et agence d'appui, sont principalement ceux de la collaboration et du contrat

5-1 Une équipe pour un projet

L'équipe de la CNSA (environ 70 personnes aujourd'hui) est constituée de collaborateurs venant d'horizons professionnels très divers, afin de rassembler une grande pluralité de compétences. Rassemblée sous deux grands cadres statutaires, (37% de fonctionnaires, 63% d'agents de caisse relevant de la convention collective UCANSS), l'équipe comporte des professionnels dont le champ de qualification est large et l'expérience professionnelle importante et multiforme : administratifs, juristes, financiers, comptables, économistes, sociologues, chercheurs, ingénieurs, statisticiens, informaticiens, médecins, professionnels de santé, travailleurs sociaux, directeurs d'établissement, experts en ordre et méthodes.

La complémentarité des prestations fournies par l'équipe – dont l'interdisciplinarité et l'expertise n'empêchent pas les échanges et les mises en commun - constitue une réelle richesse pour le fonctionnement de la caisse et l'une des raisons de sa forte productivité. Cette pluralité professionnelle implique toutefois des mises en synergie pour fédérer les énergies au sein d'un projet collectif définissant des procédures internes de bon fonctionnement. Ce projet prend certes en compte l'identification et la définition des divers métiers - confortant les identités -, mais il les replace dans un ensemble collectif structuré par une organisation interne et des procédures favorisant une culture partagée, l'émergence de valeurs communes (engagement, écoute, initiative, audace), et de meilleures façons d'agir (esprit d'ouverture, force de proposition, respect des engagements et des délais, action en équipe).

On doit insister, à cet égard, sur la rapidité de la montée en charge qui a conduit à un très fort accroissement des moyens et des travaux à conduire, en l'espace de très peu de temps. La première séance du conseil de la caisse s'est tenue en mai 2005, sous l'égide du Premier ministre. Mais la CNSA n'a pu exercer la totalité de ses compétences, telles que définies par la loi du 11 février 2005, qu'en juillet 2005 – et même, pour une partie, en janvier 2006. Il reste que, sans attendre cette échéance, une mission de préfiguration avait été installée dès janvier 2005 afin de faciliter l'installation de la nouvelle caisse et déployer rapidement ses actions, notamment pour accompagner la mise en place des MDPH pour le 1^{er} janvier 2006, en anticipant parfois sur la date de parution d'un corpus réglementaire conséquent.

Fait peu courant en matière d'évaluation des politiques publiques, les pouvoirs publics ont demandé à la Cour des comptes de suivre en temps réel les conditions d'installation et de montée en charge de la CNSA. Après un premier rapport d'étape en janvier 2006, le second rapport de la Cour de juin 2006 sur les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la CNSA vient confirmer en l'affinant ses précédentes analyses. Il est notamment souligné la mise en place rapide des instances de gouvernance de la caisse, le recrutement diligent d' « une équipe resserrée à forte productivité » ainsi que le déploiement d' « une activité innovante et très soutenue » dans le champ de la compensation de la perte d'autonomie et « une accélération du calendrier de répartition et de notification des crédits pour 2006 » dans le domaine des établissements et services médico-sociaux. La Cour mentionne notamment dans ses conclusions que « de nouveaux modes de collaboration avec les services territoriaux de l'Etat, les départements, les partenaires associatifs sont d'ores et déjà mis en œuvre. ».

5-2 Animer des réseaux, développer conventions et partenariats

En raison du positionnement original de la CNSA, ses services sont amenés à déployer des modes d'action administratifs basés sur la convention, l'animation de réseau et le partenariat avec de très nombreux interlocuteurs.

Avec l'Etat

Les démarches contractuelles avec les administrations centrales

- La convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue le 23 janvier 2006 entre l'Etat et la CNSA constitue un cadre de référence, organisant la place et les engagements de chacun, en définissant avec précision des modes d'action à la fois communs et complémentaires. Quatre axes stratégiques ont présidé à sa construction :

1. Améliorer la performance du dispositif institutionnel de prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie ;
2. Elaborer des propositions et diffuser des bonnes pratiques concernant la lutte contre la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées ;
3. Fixer les orientations budgétaires et financières correspondant aux enveloppes relatives à l'objectif global de dépenses destinées aux établissements et services médico-sociaux accueillant ou accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées ;
4. Accompagner les départements dans la mise en œuvre de la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'originalité majeure de cette première COG réside dans la délégation de compétence organisée par l'Etat en direction de son nouvel établissement public pour développer une animation de réseaux tant avec ses propres services déconcentrés, au titre de l'allocation des ressources dédiées aux établissements et services médico-sociaux, qu'avec les départements au titre de la compensation de la perte d'autonomie.

- La convention conclue entre le ministère de la défense et la CNSA constitue un autre exemple d'action partenariale conduite avec l'Etat : on se reportera sur ce point au contenu de la rubrique 4.2.1 du présent rapport.

- Par ailleurs une convention sera prochainement conclue avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) relevant des ministres chargés de l'emploi, de la santé et des solidarités, afin d'organiser les échanges et connexions d'information et d'études statistiques relevant de la compétence des deux organismes dans le champ de la perte d'autonomie.

Avec les services déconcentrés de l'Etat (DRASS, DDASS)

Le présent rapport a déjà abordé ce sujet dans son chapitre 3. Rappelons ici que la COG organise l'articulation entre le pilotage de droit commun par l'Etat de ses propres services déconcentrés et les échanges techniques à promouvoir entre la CNSA et les préfets. Ainsi, tout au long de l'exercice budgétaire, la CNSA conduit

avec les préfets - via les DDRASS et les DDASS - un échange technique et fonctionnel permanent qui prend la forme de réunions organisées au plan régional ou national, de correspondances, courriers ou contacts divers.

Ce dispositif original, organisant liens et échanges en dehors de toute relation hiérarchique, méritera évaluation, notamment au moyen des indicateurs mentionnés dans la COG conclue avec l'Etat, retraçant le degré de satisfaction des services déconcentrés « sur les appuis techniques de la CNSA à la méthodologie des PRIAC et des modalités d'allocation de ressources ».

Avec les départements

Ce point a été également largement abordé dans le chapitre 2 du rapport. Les politiques publiques ont d'autant de chance de réussir qu'elles sont conduites en proximité. Soulignons l'originalité du rôle de la CNSA dans l'accompagnement d'un processus de décentralisation : en tant que Caisse tout d'abord (contributions au financement de l'APA et de la PCH et aux fonctionnements des MDPH), en tant qu'Agence d'appui ensuite (conventions, individualisées avec chaque département, d'appui à la qualité de service des MDPH, contribution à la construction d'outils : formulaires, GEVA, vade mecum des directeurs des maisons, réunions techniques de mutualisation des bonnes pratiques ...).

Avec les associations représentant les personnes privées d'autonomie

Outre le fait que la plupart de ces organismes sont membres du conseil de la caisse, participent activement à ses commissions et aux groupes de travail thématiques, le présent rapport dans son chapitre 2 a retracé les travaux particulièrement approfondis que la CNSA a conduit dès 2005 avec 30 associations sur la teneur de leurs attentes vis-à-vis des missions des MDPH et de leurs priorités échelonnées dans le temps quant à la concrétisation de ces missions. De la même manière, les associations ont été directement associées à l'élaboration des nouveaux formulaires de demandes des usagers auprès des MDPH, ainsi que dans le suivi des aides techniques.

Avec les autres caisses nationales

L'article L.14-10-1 du code de la santé publique a renvoyé à un décret le soin de fixer la nature et le contenu des conventions qui organisent les relations entre la CNSA et les organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Ce décret, daté du 27 juillet 2006, fixe le cadre général du contenu des conventions que la CNSA doit conclure avec la CNAMTS, la CNAVTS, la CNRSI et la CCMSA et notamment les démarches communes et complémentaires portant sur :

- les actions sanitaires et sociales et de prévention concernant la perte d'autonomie financées sur les fonds respectifs de ces caisses ;
- les actions et programmes de prévention en direction des personnes âgées et notamment les complémentarités à établir entre la CNSA et la CNAVTS ;
- Les actions relatives aux aides techniques (définition, évaluation, qualité, distribution, financement) ;
- Les contributions au fonctionnement des MDPH et aux fonds départementaux de compensation ;

- L'aide à l'investissement et à l'équipement des établissements et services médico-sociaux ;
- Les actions expérimentales et les réseaux de soins relevant du code de la sécurité sociale ;
- Les échanges d'information concernant les données financières, budgétaires et comptables des établissements et services tarifés par l'assurance maladie et celles nécessaires à la construction, à la répartition et au suivi de l'OGD ;
- Toutes analyses et études communes dans le champ de la perte d'autonomie.

Sans attendre la parution de ce texte, les contacts ont été pris, notamment entre les services de la CNAMTS et de la CNAVTS et ceux de la CNSA, afin de définir les échanges d'information à développer et les complémentarités à promouvoir. Ces divers éléments serviront de base à la conclusion des conventions précitées, dont les premières devront intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard avant la fin du premier trimestre de 2007.

Avec divers organismes d'étude et de recherche

La CNSA et l'ANAH ont mené en commun deux actions d'information à destination des MDPH et des délégués départementaux de l'ANAH afin qu'ils poursuivent, dans le nouveau dispositif de compensation du handicap, les collaborations nouées dans les SVA pour financer les besoins d'adaptation de logement. Une communication diffusée à leur réseau respectif, et l'organisation commune du jeudi pratique consacré au logement évoquée plus haut.

Un projet de protocole est en discussion pour fixer un cadre politique permanent à cette collaboration **et de l'élargir** à l'ensemble des questions touchant à l'adaptation du logement des personnes âgées et handicapées en perte d'autonomie.

Des rapprochements, parfois déjà matérialisés par des travaux communs, sont par ailleurs en cours avec l'Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale (ODAS), Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (IRDES), l'Institut Virtuel de Recherches en Santé Publique (IVRSP), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), la Fondation de France, l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP).

DEUXIEME PARTIE

Un sens partagé, une perspective à déployer

L'interrogation légitime sur l'utilisation des ressources mises à la disposition de la CNSA, sur la qualité de ses travaux d'évaluation et de sa vigilance en termes d'équité, et en premier lieu sur l'efficacité des politiques engagées au service des personnes en perte d'autonomie, doit trouver en partie sa réponse dans l'exigence de rendre compte⁴. La première partie de ce rapport s'est attachée à s'inscrire précisément dans cette exigence, tout en s'efforçant de ne taire ni les difficultés rencontrées ni les observations critiques. Sur ces bases, il s'agit, dans la seconde partie de ce rapport, de mettre en perspective les enjeux et le sens de la CNSA après un an de fonctionnement, en suggérant des voies d'amélioration et d'évolution.

Ce temps de la réflexion peut utilement prolonger le rapport de la Cour des comptes au Premier Ministre sur « Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie », remis en juillet dernier, qui pointait les difficultés d'insertion de la CNSA dans un dispositif institutionnel déjà complexe⁵.

⁴ Ainsi qu'en dispose l'article 15 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, partie intégrante de notre Constitution, « *la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration* ».

⁵ Rappelons qu'il avait été demandé à la Cour des comptes de rendre compte du bon usage des fonds prélevés par la CSA. La Cour des comptes observe, pour faire bref, qu'un « effet vignette » n'est pas à craindre et que les ressources de la contribution solidarité bénéficient bien aux personnes en perte d'autonomie, sans effets manifestes de substitution au profit des crédits de l'Etat et de l'assurance maladie. Le même rapport retient que la CNSA peut apporter une réelle valeur ajoutée pour promouvoir l'équité territoriale, tant pour l'APA et la PCH que pour le financement des établissements et services.

Chapitre 6

Penser autrement une politique publique

La CNSA ne récapitule pas, et ne devra jamais donner l'illusion de devoir récapituler l'ensemble des réponses collectives aux besoins des personnes en rupture d'autonomie. Ni les prestations d'aide à la personne, auxquelles elle contribue techniquement et financièrement, ni même la diversité des autres champs de la compensation individuelle de la perte d'autonomie, dans lesquels la CNSA a également vocation à être présente, n'épuisent – et de très loin – les obligations qui pèsent sur toutes les politiques publiques (de la santé, de l'emploi, des transports, de l'éducation, de la culture ...) et plus largement, sur la société toute entière. Pour autant, la création de la CNSA est porteuse de sens au delà du strict champ de ses compétences, car l'esprit des dispositions législatives et réglementaires de 2004 et 2005 ouvre une perspective pour penser autrement une politique publique. On en donnera ici deux traits décisifs.

6. 1. Placer en premier l'écoute de la personne et de ses besoins

La personne en perte d'autonomie est le cœur de l'action

Le dispositif d'un dossier transmis à la COTOREP est désormais caduc au profit d'un dialogue établi entre la personne en situation de handicap et la Commission des droits et de l'autonomie, pour élaborer un plan personnalisé de compensation au regard de son projet de vie⁶. Il y a là un renversement décisif de la pyramide usuelle en matière administrative qui vaut la peine d'être fortement souligné : le temps d'un face à face pour un dialogue pertinent doit se substituer aux examens à distance de dossiers plus ou moins bien remplis.

Il en va de même dans les orientations qui prévalent pour la délivrance de l'APA dans les départements, délivrance très liée aux besoins de la personne. L'individualisation de l'APA – au même titre que la PCH – se mesure à l'évidence si l'on prête attention à l'adjectif personnalisé dans « allocation personnalisée d'autonomie » ou dans « plan personnalisé de compensation ». Bref, tout part de la personne en situation de perte d'autonomie. Le reste en découle, et chaque acteur de la protection sociale devient en quelque sorte l'obligé de cette personne. Cela est d'autant plus à souligner que la responsabilité de la CNSA à l'égard des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge conduit – c'est un changement majeur – à un regard transversal sur des domaines d'action publique trop souvent séparés.

A titre d'illustration très concrète, il conviendrait d'intégrer dans les plans personnalisés de compensation et dans les plans d'aide une composante retraçant l'évaluation des besoins et les réponses à apporter, non seulement pour la personne elle-même, mais aussi pour ses aidants familiaux. De même pour les besoins nés, pour une personne privée d'autonomie, de la prise en charge de jeunes enfants.

⁶ *Projet de vie* : expression forte et exigeante... à prendre au mot ! Tout le défi est là.

Cette reconnaissance de la personne donne son sens à la simplification des procédures ⁷, elle renforce le bien fondé d'une gestion de proximité portée par les Conseils généraux, elle fait surgir la responsabilité et la légitimité des Associations au sein du Conseil de la CNSA en enrichissant celles des Partenaires sociaux, elle éclaire d'un jour nouveau le rôle des directions de l'Etat. La responsabilité propre de la CNSA en découle, dans sa capacité à penser et imaginer des voies nouvelles de collaboration, notamment sur l'évaluation des réponses apportées aux personnes.

Ce fondement premier qu'est la personne exige d'écouter l'intime de l'humain sans se limiter aux seules données quantitatives. Il met au jour la richesse de toute vie humaine, dont même un état de grande dépendance n'empêche pas la fécondité. La solidarité pour l'autonomie d'autrui, de tout autre, est un chemin d'accueil et de rencontre qui déstabilise bien des certitudes toutes faites, et fait progresser en humanité celui qui s'y engage⁸.

Les besoins de la personne sont le socle de l'analyse et de la décision

Un « renversement » s'observe également dans le choix retenu d'une procédure budgétaire remontante pour l'allocation des moyens aux établissements et services accueillant les personnes en perte d'autonomie. Le Conseil a exprimé sur ce point une attention marquée lors de l'écriture de la Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNSA. Les membres du Conseil soulignent en effet le point clef de la qualité du recensement des besoins et de leur prise en compte lors des arbitrages de priorités de financements publics. Ainsi, ce n'est pas un montant budgétaire a priori qui détermine la reconnaissance d'un besoin. Comme il a été indiqué en première partie de ce rapport, la séquence est inverse :

- dans chaque région, le besoin doit être évalué dans sa légitimité propre à partir des schémas départementaux puis valorisé par les PRIAC (même si cette année n'ont été évalués que les besoins en création ou transformation, les PRIAC devront évoluer pour recenser également les besoins sur l'offre existante) ;
- le Conseil de la CNSA dresse une synthèse nationale, qualitative et quantitative, de l'expression de ces besoins ;
- l'arbitrage budgétaire et le vote du Parlement sur l'ONDAM déterminent ensuite, et c'est leur vocation, les priorités et le calendrier d'une possible mise en œuvre ⁹ ;

⁷ Simplification mais aussi réponse aux multiples leviers, du fait même du primat donné à la personne. Il y a là une voie de recherche nécessaire face à la profondeur des défis sociaux. Ainsi, pour compenser la perte d'autonomie, la solidarité familiale et la solidarité collective se renforcent mutuellement. Le lien familial a sa part dans l'expression réussie d'une vie humaine, mais les mesures pour aider les aidants familiaux ne peuvent se développer qu'en prenant appui sur une meilleure solidarité pour l'autonomie, grâce à une protection sociale au champ plus étendu.

⁸ Cet objectif est partagé par tous les acteurs. Mais il faudra le temps nécessaire pour qu'un tel changement « culturel » dans les pratiques administratives soit réel. Il y faudra une formation appropriée, comme des moyens humains et financiers adéquats. De ce point de vue, il est urgent de trouver solution aux frottements observés liés aux mises à disposition de fonctionnaires d'Etat, sachant – et c'est l'essentiel – que sur le fond, l'engagement du gouvernement est d'ores et déjà acquis.

⁹ Dans le même esprit, l'évaluation régulière des aides humaines, techniques et financières allouées au regard du plan personnalisé de compensation, pourra mettre au jour le chemin qui sépare le souhaitable du possible. Il est

- le Conseil de la CNSA évalue l'impact des arbitrages rendus au regard de son analyse des besoins.

En premier la personne et l'écoute de ses besoins. Cela tient dans le mot proximité qui figure - avec l'égalité et la qualité du service rendu - comme l'un des trois principes qui doivent guider l'action de la CNSA ainsi que le rappelle le chapitre liminaire de la Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNSA (COG).

Cette volonté de proximité prend source dans l'écoute de l'altérité, et elle s'enracine dans le choix, par le Législateur, d'une gestion locale : les décisions d'allocation budgétaire par établissements et la fixation des tarifs sont prises par des autorités départementales (préfets en lien avec les présidents de Conseils généraux) ; la gestion des Maisons départementales des personnes handicapées et l'attribution des aides à la personne – APA et PCH – relèvent de la responsabilité propre des présidents de Conseils généraux.

C'est également au nom de la proximité et de l'écoute attentive des besoins qu'il convient d'accorder une attention particulière aux situations de handicap de faible prévalence pour lesquelles la notion de schéma départemental et de PRIAC n'est, en l'état, pas suffisante, et pour lesquels la CNSA devra proposer rapidement des adaptations.

6. 2. Conduire l'expérience d'une nouvelle gouvernance de politique publique

Un mode de régulation par la relation contractuelle et partenariale

Le mode principal de régulation est celui du contrat et du partenariat. Cela est vrai de la COG entre la CNSA et l'Etat, mais aussi des conventions signées entre chaque département et la CNSA, des GIP constitutifs des Maisons départementales des personnes handicapées, associant collectivités locales, Etat, sécurité sociale, associations et partenaires sociaux. Cela est vrai des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées où les associations se trouvent partie prenante. Cela est vrai des accords à passer entre la CNSA et d'autres acteurs concernés par la perte d'autonomie, à commencer par les autres Caisses nationales de protection sociale¹⁰. Un tel maillage de contrats et de partenariats est porteur de sens en termes d'économie publique. La complexité indéniable qui en résulte – parfois critiquée par certains observateurs – est le prix à payer pour réussir un engagement collectif garantissant la proximité, l'équité et la qualité.

Le pari fonctionnel d'une gestion en réseaux

Le législateur n'a rien abandonné de l'exigence d'équité : la CNSA reçoit en effet de la loi, pour première mission, de « contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des

majeur de connaître le souhaitable et responsable de choisir le possible, i.e. l'échelonnement temporel des réponses.

¹⁰ On veut rappeler ici l'importance d'inscrire de tels accords dans les politiques des autres Caisses nationales de protection sociale.

personnes concernées sur l'ensemble du territoire »¹¹. A cette fin elle doit apporter son appui technique aux autorités locales, valoriser les expériences innovantes, évaluer les résultats obtenus, et au total garantir le caractère géographiquement universel de la compensation de la perte d'autonomie. Cette satisfaction conjointe du double impératif d'universel et de proximité rejoint l'un des défis majeurs du monde actuel, soucieux du respect de l'identité mais avide d'échanges. Ce qui se construit ici, croisement équilibré de décentralisation/déconcentration et de mise en œuvre d'orientations nationales, est une voie de recherche et d'expérience pour penser autrement les liens sociaux et les politiques publiques.

Cette voie, riche d'avenir mais exigeante en termes de créativité pour rendre conciliable ce qui ne l'est pas spontanément, c'est celle d'une gestion en réseau, permettant d'animer autour d'un objectif partagé les différents acteurs concernés et d'assurer les appuis techniques nécessaires¹². Gérer en réseau, c'est respecter les identités, les situations et les responsabilités de chacun, mais en mettant en concordance les énergies pour un but commun.

L'engagement de tous les acteurs assuré par la composition du Conseil de la CNSA

Le Conseil de la CNSA définit les orientations et porte une vision d'ensemble. Par la composition qu'il a fixée, le législateur a cherché à donner tout son sens à cette responsabilité. Elle assure en effet, tout ensemble, la représentation du Parlement, des administrations d'Etat, des Conseils généraux, des partenaires sociaux, du monde associatif, et des institutions et personnalités qualifiées dans le domaine de la perte d'autonomie. Ce Conseil constitue de ce fait une forme d'espace public pour un engagement collectif, pour une forme nouvelle de citoyenneté si les diversités parviennent à faire primer l'harmonie du vivre ensemble.

Ce Conseil fait l'expérience d'une voie possible de confrontation de points de vue pour une démarche commune et responsable, élaborée pas à pas au nom d'une vision qui transcende les préoccupations « verticales » de chacun. Le discernement collectif naît en effet de regards croisés, de la capacité à comprendre le point d'où voit l'autre, d'où il est situé, pour tenter de construire une volonté partagée, en progressant par étapes, en tenant compte des désirs et des contraintes, en sachant distinguer toujours le souhaitable du possible. Au nombre des principales clefs de la réussite et de la qualité de la réflexion conduite ensemble, il y a la transparence de l'information, et la volonté partagée de ne pas en rester à l'instrumentalisation des points de vue des uns et des autres.

C'est à cela que cherche à contribuer le travail engagé par la Direction de la CNSA auprès de son Conseil, pour garantir la transparence de l'information sur les besoins et sur les résultats obtenus. Le premier fondement de la qualité d'une politique tient en effet dans la pertinence de l'information fournie. C'est la voie la plus sûre pour

¹¹ Point I, 1° de l'article 56 de la loi du 11 février 2005 (article L.14-10-1 du code de l'action sociale et des familles).

¹² Appuis qui forment l'objet en particulier des conventions signées entre chaque département et la CNSA, et du cycle qui lie la construction annuelle du programme de travail de la CNSA au contenu des « rapports » des Présidents de conseils généraux, transmis chaque année à la CNSA en vertu de ces mêmes conventions.

une confrontation utile des points de vue et pour l'appropriation collective de choix responsables.

Chapitre 7

Réussir sur des voies nouvelles

Le sens du projet porté par la CNSA doit s'incarner dans la pratique quotidienne. A cet égard l'attention prioritaire de toutes les parties concernées doit continuer de porter sur les moyens et leviers nécessaires au déploiement réussi des orientations dégagées et soulignées dans la précédente partie de ce rapport¹³. Ainsi, et même s'il est trop tôt pour porter une évaluation exhaustive compte tenu de la mise en œuvre encore toute récente de la CNSA, le Conseil souhaite rappeler ici quelques unes des préoccupations qu'il a portées ou qui ont été exprimées en son sein par certains de ses membres au cours de l'année écoulée :

- assurer, en l'attente de la mise en place de modes de couverture adéquats, un moratoire sur la prise en charge actuelle, par l'assurance maladie, des frais de transport des personnes privées d'autonomie qui ont recours à des solutions d'accueil temporaire¹⁴ ;
- la précision des dispositions légales relatives aux règles d'interventions respectives des fonds départementaux de compensation et de la prestation de compensation ;
- la nécessaire évolution des règles de tarification, sans en accroître la complexité, dans la perspective d'un dépassement des barrières liées à l'âge ;
- les mesures à envisager pour permettre un démarrage réussi de la prestation de compensation¹⁵ ;
- une meilleure prise en compte du prix du foncier dans la répartition des enveloppes destinées aux créations de places nouvelles ;
- le recrutement en nombre suffisant de professionnels dans les établissements et services, financé à une juste valeur ;
- une formation renforcée de tous les acteurs, pour réussir le mieux et le plus vite possible le changement de culture donnant sens aux dispositifs nouveaux d'accompagnement ;
- la prise en compte des moyens financiers nécessaires au fonctionnement des MDPH, permettant notamment le recrutement par celles-ci d'équipes suffisamment nombreuses pour répondre aux nouveaux enjeux de la qualité de service¹⁶ ;

¹³ La mise en œuvre efficace de ces leviers renvoie évidemment à la nécessité d'une équipe suffisamment étoffée au sein de la CNSA, sans pour autant qu'il soit nécessaire à moyen terme d'aller au-delà de 1% de frais de gestion. On en est très loin aujourd'hui, puisque le budget de fonctionnement de la CNSA représente moins de 0,5 % des sommes collectées par la CSA, et moins de 0,01% (un pour mille) des sommes effectivement gérées par la Caisse.

Il importe, par ailleurs, de veiller à la parution rapide du texte conférant aux agents de la CNSA recrutés sous convention collective UCANSS l'accès aux droits et avantages non salariaux attachés à cette convention.

¹⁴ Le Conseil de la CNSA rappelle sur ce point la demande qu'il a expressément formulée, le 4 juillet 2006, à l'attention des autorités gestionnaires de l'assurance-maladie, et qui n'a pas reçu réponse à ce jour.

¹⁵ Au nombre desquelles certains ont demandé que soit étudiée celle consistant à introduire, pour les aides humaines, une complémentarité entre l'ACTP et la PCH.

¹⁶ En tenant compte du caractère parfois réversible des choix de mises à disposition par le personnel de l'Etat.

- l'actualisation régulière des dispositifs législatifs et réglementaires, en lien avec les travaux du CNCPH et du CNRPA¹⁷ ;
- l'attention portée par la CNSA, à l'égalité de traitement par les Commissions des droits et de l'autonomie pour les décisions relatives aux ressources, et notamment à l'AAH.

A noter que si le soupçon initial d'un « effet vignette » est désormais écarté, compte tenu des règles de procédure financière très contraignantes, la vigilance, elle, reste nécessaire face au risque toujours latent de faire jouer aux ressources propres de la CNSA un rôle substitutif et non pas additionnel aux engagements financiers de l'Etat et de l'Assurance maladie. Il est tout à fait important, à cet égard, que les efforts consentis par les autres acteurs de ce domaine, avant la création de la CNSA, soient maintenus¹⁸.

Le Conseil rappelle ici sa position face au financement, par le budget de la CNSA, de postes d'éducateurs physiques « handisport ». Tout en reconnaissant la légitimité et l'importance de cette initiative gouvernementale, dont le coût pour la CNSA était au demeurant modeste, il a estimé que, dans son principe, cette affectation financière ne relevait pas du champ de compétence de la Caisse.

De même, le Conseil souligne avoir souhaité et obtenu la transparence, à échéances régulières, sur l'utilisation des fonds de concours de l'Etat alimentés par des recettes de la CNSA. Enfin, chaque fois que la CNSA sera appelée à prendre à sa charge des dépenses nouvelles entrant dans le périmètre général de ses compétences, il importera d'y associer, à due concurrence, des ressources supplémentaires¹⁹.

Tous ces éléments étant rappelés, l'enjeu est de porter maintenant le regard au delà du seul horizon des améliorations « immédiates ». Le Conseil de la CNSA estime donc utile de contribuer, par des propositions plus prospectives, à l'élaboration d'une réponse de qualité aux attentes des personnes en situation de perte d'autonomie.

Trois chantiers paraissent ainsi se dégager : l'engagement dans une démarche de convergence, l'évolution vers une autre forme de gouvernance et enfin, l'enclenchement d'une démarche ambitieuse vers un « cinquième risque » de protection sociale.

7. 1. S'engager résolument dans une démarche de convergence

Harmoniser la prise en charge

La perte d'autonomie est, à l'évidence, une notion qui ne peut pas se décliner dans des termes radicalement différents de part et d'autre de la limite, purement administrative, des 60 ans. Il est donc urgent, compte tenu de l'horizon de l'année 2010 fixé par la loi, de s'interroger sur les voies et moyens d'une évolution des

¹⁷ Au nombre desquels le suivi des tarifs nationaux de l'APA et de la PCH, notamment en matière d'aide humaine.

¹⁸ Il convient de veiller notamment à l'absence de doublon entre la prestation nouvelles et celles versées par la sécurité sociale ; l'importance du maintien, en 2007, sous une forme ou sous une autre, de l'effort financier que consacrait l'Etat aux services d'auxiliaires de vie a également été souligné.

¹⁹ Cette question peut notamment se poser au regard de certaines mesures du PLFSS 2007 – comme elle avait été soulevée à l'égard du financement de la climatisation des maisons de retraite - telles que la prise en charge du fonctionnement de la future agence de l'évaluation des établissements sociaux ou médico-sociaux ou la couverture des cotisations vieillesse des bénéficiaires du congé de soutien familial.

dispositions législatives en faveur des personnes âgées, à l'aune des dispositions retenues pour les personnes en situation de handicap par la loi du 11 février 2005. Cela de manière à réussir un accompagnement harmonieux de toute personne en perte d'autonomie, quel que soit son âge. Sont ici concernées les conditions de prise en charge, les aides techniques et humaines, les modalités d'aides à la personne, le soutien des aidants familiaux²⁰, l'organisation et la tarification des établissements et services, les modes d'évaluation de la perte d'autonomie.

Sans attendre cette convergence légale et sans préjuger des décisions qui seront prises, il serait heureux de faciliter et valoriser les expériences innovantes de rapprochement des dispositifs d'accueil des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur âge. A ce titre, une approche serait de simplifier les procédures. Par exemple par l'articulation, sous l'autorité des présidents de Conseils généraux, des maisons départementales des personnes handicapées et des CLIC, coordinations gérontologiques ou équipes médico-sociales départementales, pour l'évaluation des personnes de plus de 60 ans en ce qui concerne l'accès à certains droits (cartes d'invalidité, cartes de stationnement, cartes de priorité).

Toujours au nom des actions de convergence immédiatement envisageables, il convient d'élargir le champ de la Section IV du budget de la CNSA, afin de généraliser à tous les services qui viennent en aide aux personnes en perte d'autonomie les dépenses de formation, de professionnalisation des métiers et modernisation. Découle logiquement de cette orientation l'ouverture de cette même Section IV du budget de la CNSA au financement de formations destinées aux aidants familiaux.²¹

Pour autant, convergence ne veut pas dire confusion. La convergence entre les dispositifs retenus pour les personnes en situation de handicap, pour les personnes handicapées vieillissantes, pour les personnes âgées, voire pour les malades atteints de maladies invalidantes et chroniques, devra se faire dans le strict respect des spécificités de chaque situation vécue.

Porter une vision qui traverse le clivage entre le champ sanitaire et le champ médicosocial.

A plus forte raison, une démarche de convergence impose l'unification du regard autour de la même personne. Ainsi, il convient de prendre une mesure plus adéquate de l'incidence très et trop souvent négative de la séparation du sanitaire et du médico-social, en ce qui concerne notamment l'accompagnement de la personne âgée.

Les modalités différentes de prise en charge collective au domicile, en hébergement temporaire et accueil de jour, en hébergement durable, en proximité ou en lien avec un plateau technique hospitalier répondent, certes, à la pertinence propre de tel ou

²⁰ La nécessaire convergence figure d'ailleurs comme l'un des axes principaux de la réflexion du Rapport « la famille, espace de solidarité entre générations », en vue de préparer la Conférence de la famille 2006.

²¹ C'est également pour éviter les redondances ou les ruptures de prises en charge que pourrait s'engager une réflexion sur l'articulation entre PCH, fonds de compensation et interventions couvertes par les règlements départementaux d'aide sociale

tel mode de prise en charge, à des exigences de soins différenciées, à des distinctions de responsabilités juridiques ou financières.

On peut donc comprendre et même admettre, dans une certaine mesure, cette diversité. Mais elle rend alors criante l'exigence, en amont, d'une vision cohérente en regard du projet de la personne, de telle manière que la personne et son entourage ne disparaissent pas dans les interstices entre les responsabilités, ni que la réponse sanitaire soit la seule à primer²². C'est bien ici que le dialogue à partir d'un projet de vie prend tout son sens, et interpelle fortement les prises en charge qui, bien que riches d'une grande qualité technique de soins, se contenteraient d'être exclusivement sanitaires. Symbolique est, à cet égard, l'usage qui est fait aujourd'hui de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR). Il est urgent de donner une impulsion forte aux coordinations et réseaux sociaux et médico-sociaux, en veillant au financement du volet « social » de ces réseaux. A défaut de quoi, le Conseil demande que soit nettement diminué le prélèvement qui est aujourd'hui effectué, à ce titre, sur l'ONDAM médico-social.

Bref, la CNSA, de par son expertise et de par la composition originale de son Conseil, peut être l'espace de réflexion permettant de fédérer une pensée globale de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en surplomb des distinctions de financements et des responsabilités propres à chaque financeur. C'est de cette façon que peut s'élaborer progressivement une véritable « convergence », au service de la personne en perte d'autonomie, transcendant les classifications verticales. Et, comme on le redira plus loin, c'est ainsi que pourrait se concrétiser par étapes la vision d'un cinquième risque : une solidarité collective non seulement pour soigner - c'est l'assurance maladie - mais aussi pour prendre soin : c'est la compensation de la perte d'autonomie.

7. 2. Donner toutes ses chances à une évolution pragmatique vers une autre gouvernance

Il reste que la critique d'une trop grande complexité du dispositif institutionnel dans la sphère médicosociale est forte et, pour l'essentiel, fondée. Historiquement, c'est l'empilement qui a dominé, au fil des textes législatifs et réglementaires. La création de la CNSA, qui rassemble, sous un même regard collectif, l'accompagnement à domicile et en établissement, et toutes les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge, contribue à l'inversion de cette tendance. En conséquence, tout ce qui manque encore à ce nouveau dispositif doit conduire à en prolonger le mouvement, en cherchant les voies de son amélioration, plutôt qu'à revenir à un dispositif antérieur.

Poursuivre une « démarche de confiance » dans la délégation de compétences

La COG signée entre l'Etat et la CNSA en janvier 2006 est profondément inspirée de cet esprit nouveau de délégation, à un opérateur public capable d'une vision globale, de la mise en œuvre des orientations nationales fixées par le Parlement et le gouvernement.

²² Le « to cure » et le « to care » (« soigner » et « prendre soin ») étant, quoique fondamentalement distincts conceptuellement, s'avèrent souvent entremêlés dans la réalité vivante.

Ainsi, dans les voies tracées par la COG, un partage des rôles précis et efficace a pu, sur certains sujets fondamentaux, se mettre en place très rapidement. On peut citer par exemple le pilotage du schéma directeur des systèmes d'information et l'exercice par la CNSA, dans ce cadre, d'une pleine délégation d'assistance à maîtrise d'ouvrage ; on peut citer les conditions dans lesquelles la CNSA a pu conduire, à trois reprises déjà, sa mission propre de notification aux préfets des enveloppes d'autorisation de dépenses médico-sociales ; on peut ajouter la manière dont fut mis en œuvre le « plan de modernisation » de 500 millions d'euros, décrit dans la première partie de ce rapport, et d'autres exemples encore.

Tout ceci illustre la manière dont l'émergence d'un opérateur public, autonome et responsable dans la gestion de ce qui lui est confié, permet très concrètement d'accompagner l'évolution de la tutelle exercée par l'administration centrale d'Etat vers une tutelle « stratégique », fixant les orientations, assumant les arbitrages, rappelant à son opérateur les exigences de contrôle interne et évaluant - sur la base des comptes-rendus réguliers de gestion - la conduite de la politique confiée.

Mais cet exercice, dont le succès est dû à la forte volonté, de part et d'autre, de dégager des solutions novatrices, reste un chemin difficile et encore inachevé. L'abondance et la complexité technique de certaines des annexes à la COG en offre l'illustration. Les efforts conjoints doivent donc se poursuivre pour supprimer définitivement ce qui reste encore d'actions simultanées ou superposées, de circuits de relecture mutuelle plus que de réelle délégation de compétence, et de redondances improductives voire neutralisantes.

L'enjeu ne réside ni dans des transferts supplémentaires de compétence, ni dans la réécriture des objectifs de la COG, mais bien dans la poursuite déterminée des équilibres qu'elle a su dégager. Le succès de la réforme engagée suppose d'intérioriser, de part et d'autre, ce nouveau mode de relations, et de poursuivre la « démarche de confiance » qui permet à l'administration de tutelle, repositionnée en « Etat stratège », de se dessaisir franchement et sans inquiétude de l'exécution des choses, grâce à une formulation nette des orientations, des finalités de l'action et des exigences de résultat²³.

Une participation plus forte des départements aux orientations

Le souci de faciliter l'exercice, par les Départements, de leurs nouvelles responsabilités peut passer, d'abord, par des mesures simples et concrètes telles que garantir que, dans le décret en cours de préparation sur le système d'information de la perte d'autonomie qui doit être pris après l'avis de la CNIL, les données qui doivent être transmises par les MDPH vers les Conseils Généraux pourront l'être de manière directe et automatique, sous format électronique. De même, pour accompagner la mise en place par chaque département des applicatifs liés au traitement informatisé des MDPH, il convient que l'Etat s'engage, pendant cette phase de transition, à assurer une maintenance de qualité des applicatifs ITAC et

²³ Une mesure simple donnerait un signe fort, qui consisterait à prendre les arrêtés qui fixent, en application de l'article L14-10-5 du CASF, les ressources des sections IV et V du budget, ou mieux, à confier pleinement cette fixation au Conseil de la CNSA. Il en va de même de l'arrêté qui fixe le plafonnement de la dépense d'APA et de PCH par rapport au potentiel fiscal du département.

OPALES pour celles des MDPH qui font provisoirement le choix de continuer de s'en servir.

Toujours dans la même veine des mesures concrètes et d'application rapide, le Conseil demande que soit modifiée la clé de répartition des dotations d'aide au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (article R 14-10-34 du code de l'action sociale et des familles) de façon à intégrer, en sus des parts proportionnelles aux indicateurs de population et de potentiel fiscal, une part fixe pour chaque département.

Enfin, il serait judicieux d'investir d'un pouvoir de décision les commissions locales ou spécialisées de la Commission des droits et de l'autonomie, dans des conditions de composition qui devront être précisées, de manière à garantir à la fois une représentation effective des usagers, et une majorité de voix au conseil général pour celles des décisions qui portent sur l'attribution de la prestation de compensation.

Mais la réflexion sur la place et le rôle des départements ne doit pas oublier leur rôle dans la connaissance et l'évaluation des besoins. Ainsi, autant les premiers pas de l'outil PRIAC commencent à le faire percevoir comme un outil utile et pertinent, autant il apparaît qu'un dialogue plus nourri doit être conduit entre les services déconcentrés de l'Etat et les Conseils généraux qui doivent être consultés en amont car les PRIAC impactent des champs de compétences partagées entre l'Etat et les départements. De la sorte, le PRIAC doit devenir progressivement un instrument partagé, voire un document consensuel sur les besoins prioritaires des départements d'une même région.

En l'état actuel des compétences respectives de l'Etat et des Départements, l'une des améliorations les plus immédiates consisterait, au moins, à prévoir une consultation obligatoire du Président du Conseil général avant toute modification substantielle du PRIAC et notamment avant chacune de ses mises à jour annuelles. Il convient en effet de souligner que la qualité des PRIAC est fortement tributaire de la qualité et de l'actualisation des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, établis sous l'autorité du président du Conseil général. Les priorités financières de la programmation (portées par les PRIAC) doivent en effet s'élaborer à partir du recensement des besoins à moyen terme (porté par les schémas).

Dans cet esprit de favoriser au mieux la connaissance et la valorisation des besoins en cherchant la meilleure cohérence possible entre tous les acteurs concernés, le Conseil souligne l'exigence d'une réflexion de qualité autour des PRIAC, avec les ARH, ainsi qu'avec l'ensemble des membres des Comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale.²⁴

²⁴ Pour contribuer à l'harmonisation de la méthodologie, il serait utile que la CNSA soit rendue destinataire des avis des CROSMS prévus par la loi et de leurs vœux.

7. 3. Avec ambition, penser un cinquième risque

Soixante ans après la création d'une solidarité publique face au risque maladie, il s'agit de construire une solidarité pour compenser la perte d'autonomie et assurer l'accompagnement qui s'impose en certaines circonstances de la vie. A cet égard, le projet porté par la CNSA n'est pas isolé. Il trouve sa place dans un ensemble important d'initiatives qui ont placé la perte d'autonomie au cœur de l'action des pouvoirs publics ces derniers mois. Ainsi du « Plan solidarité-grand âge » qui fixe le cap de l'action de l'Etat, tant en termes de moyens à consacrer que de diversification des modes d'accompagnement. Ainsi de l'orientation donnée cette année à la Conférence de la famille sur la solidarité entre générations. Ainsi de la perspective dite du « cinquième risque »²⁵ dont la création de la CNSA, en tant que telle, ne peut constituer qu'une première étape.

A ce stade, il ne s'agit pas, pour les membres du Conseil, de prendre position sur les réponses à apporter, mais de dégager les questionnements fondamentaux autour desquels le débat public pourrait s'organiser.

Repenser le reste à charge

La question du cinquième risque se pose naturellement dès l'instant où l'on prend la mesure du reste à charge lié, soit au financement de l'hébergement en établissement, soit à la fraction du coût des aides humaines et techniques qui excéderait le montant de la PCH ou de l'APA.

Cela renvoie d'ailleurs plus largement à la question de l'universalité d'une prise en charge, à la distinction entre l'aide sociale liée à la situation personnelle du bénéficiaire et pour laquelle la solidarité collective agit comme substitut susceptible de récupérer sa charge, et la sécurité sociale, liée à une logique indemnitare en contrepartie d'une cotisation. Le législateur a fortement rapproché l'APA et la PCH des prestations de sécurité sociale, puisque bien que partiellement modulées selon les revenus des bénéficiaires, ces deux aides ne sont en effet pas susceptibles de récupération sur succession ou de mise en œuvre de l'obligation alimentaire. Il en va tout autrement des charges d'hébergement qui, elles, relèvent pleinement de l'obligation alimentaire. Une réflexion doit pouvoir dès lors s'organiser.

Ainsi, face à un reste à charge des familles lié au financement de l'hébergement en établissement pour personnes âgées, qui pèse de plus en plus lourd sur les ménages comme l'a relevé la MECSS²⁶, une évaluation doit être conduite sur l'imputation des charges analytiques selon les sections tarifaires des établissements, de telle manière que l'hébergement ne supporte pas la totalité des frais d'administration générale et logistique. Pour aller plus avant concernant l'APA et la PCH, quelques questions essentielles se dégagent, de même nature que celles posées dans les autres champs de la protection sociale :

²⁵ A la demande du Ministre délégué chargé des personnes handicapées, des personnes âgées, de la famille et de la sécurité sociale, une mission a été confiée sur les conditions d'une prise en charge complémentaire, et sur l'ouverture vers un « cinquième risque » de protection sociale à Madame Gisserot, Procureur général honoraire auprès de la Cour des comptes.

²⁶ Rapport d'information (Assemblée nationale, n°3091) de la Mission d'évaluation et de contrôle, présenté par Madame Guinchard-Kunstler députée.

- Doit-on reconnaître un caractère pleinement universel à un socle d'APA et de PCH, donc sans aucune condition de ressources ?
- Cette première question doit-elle ou non être complétée par un débat sur une couverture complémentaire obligatoire, dont on peut aisément imaginer qu'elle serait alors modulée en fonction des revenus ?
- Comment positionne-t-on, dans ces différents schémas, le maintien d'une couverture assurantielle au choix de chacun ?
- Quelle serait enfin la place, dans ces différentes hypothèses, de l'exigence de libre disposition d'un « reste à vivre » pour toute personne en perte d'autonomie, une fois prises en compte les compensations de toute nature (en hébergement ou à domicile), et les différents revenus de substitution (AAH ou pension d'invalidité) ?

A cela s'ajoutent, indépendamment de toutes ces mesures, les questions qui peuvent se poser sur l'information et la transparence autour des différents coûts liés à la compensation de la perte d'autonomie. Par exemple, ne devrait-on pas imaginer une forme de rendez-vous annuel visant à établir le bilan précis des restes réels à charge, et à éclairer les prix et les coûts des aides humaines et techniques ?

Dégager une vision globale sur les dotations aux personnes et aux établissements

Une vision en termes de cinquième risque devrait faire évoluer les frontières entre les dotations aux personnes et aux établissements, en laissant au bénéficiaire de l'aide – même lorsqu'il est hébergé en établissement – plus de liberté dans ses choix²⁷.

Une réflexion pourrait être conduite autour des questionnements suivants :

- Convient-il, ou non, d'évoluer vers une « dotation nationale de soins » en établissements et services médico-sociaux qui serait identifiée comme telle, mais gérée conjointement aux crédits de « perte d'autonomie » destinés à ces mêmes établissements ? L'objectif étant, en tout état de cause, de bien distinguer la couverture des deux risques, sans introduire de complexité inutile dans la gestion locale des enveloppes.
- Dans le même esprit, ne faut-il pas s'interroger sur le rapprochement entre hébergement et compensation de la perte d'autonomie, car l'entrée en établissement s'explique très souvent, en réalité, par la survenance d'une perte d'autonomie ?
- Ne conviendrait-il pas d'organiser dans ce cadre la prise en charge des frais de transport, pour favoriser le développement de solutions de répit comme l'accueil de jour et de nuit ou en hébergement temporaire ?
- Ne convient-il pas de renforcer, en conséquence de ce qui précède, la présence explicite au Conseil de la CNSA de représentants des régimes d'assurance maladie, désignés par leurs Conseils respectifs ? Ainsi que, dans un esprit analogue et compte tenu de la contribution des régimes d'assurance

²⁷ Avec toute la prudence qui s'impose, compte tenu des observations faites sur le passage à une tarification à l'activité dans le secteur sanitaire

vieillesse au budget de la CNSA, la présence de représentants de ces régimes désignés par leurs Conseils d'administration respectifs ?

- Doit-on envisager, à terme, de donner davantage de souplesse à la CNSA dans la fixation de critères d'attribution des enveloppes financières venant compléter les efforts des Départements pour le versement de l'APA et de la PCH (à domicile et en établissement) ? Ne faudrait-il pas, alors, renforcer la présence des Départements au Conseil de la CNSA ?

Aller plus loin dans la réflexion prospective sur les besoins et leurs financements

La COG signée entre l'Etat et la CNSA demande à la CNSA de « conduire des études et faire des propositions sur l'évolution de la solvabilisation des usagers au titre du risque de perte d'autonomie ». Cette notion de « risque de perte d'autonomie » mentionnée dans la COG regroupe en réalité une attente multiforme des personnes en perte d'autonomie, de leurs proches, et de tous ceux qui travaillent pour elles, en institution ou à domicile. Elle soulève des questions tant du point de vue des prestations concernées que du financement possible. La réflexion mérite donc d'être prolongée, notamment sur les quelques points suivants :

- les questions de d'organisation institutionnelle ;
- le champ couvert, pour répondre en particulier à l'attente des personnes atteintes de maladies invalidantes et chroniques²⁸ ;
- le rôle respectif des solidarités familiales, collectives, assurantielles ;
- l'articulation avec le champ sanitaire, de manière à supprimer toute non-cohérence entre le temps du soin de la personne et le temps où l'on prend soin de cette personne,
- l'articulation avec le champ des autres besoins de vie quotidienne, et notamment la couverture des activités domestiques ;
- le risque de distinction par « public » concerné qui irait à l'encontre du principe d'universalité, essence même de la protection sociale ;
- etc.

Plus largement, va se poser la question des modalités et circuits d'un financement en propre. L'objectif de restauration de l'équilibre des finances publiques devra inévitablement se confronter à l'exigence croissante du financement d'un accompagnement de qualité des personnes en situation de perte d'autonomie²⁹. La perspective tracée par les différents travaux de prospective est connue, comme le sont les besoins d'ores et déjà non pleinement satisfaits. Plusieurs rapports, qui ont d'ailleurs inspiré le « Plan solidarité-grand âge » de juin 2006 cité plus haut, ont

²⁸ La perte d'autonomie pourrait viser également les atteintes temporaires liées à un accident. La nature du risque est en effet la même que pour un handicap permanent, et les aides techniques et humaines à mobiliser peuvent être très voisines. En revanche, la question de la part de prise en charge collective ne se pose pas forcément dans les mêmes termes.

²⁹ Cf. Rapport du Comité de suivi et d'évaluation de la Journée de solidarité présidé par M.Léonetti, député, juillet 2005, p.32.

notamment insisté sur le nécessaire développement, tant qualitatif que quantitatif, de l'offre médico-sociale en établissements et services³⁰.

Le débat public devra donc s'organiser, avec discernement et responsabilité. Le niveau de solidarité collective dans l'accompagnement de la perte d'autonomie représente en effet, aujourd'hui, un des très grands choix de priorités dans la conduite des politiques publiques.

³⁰ Voir notamment le Rapport public particulier de la Cour des comptes de novembre 2005 sur les « Personnes âgées dépendantes », et le rapport de juin 2006 du Centre d'analyse stratégique (ex Commissariat général au Plan).

Une espérance, portée haut

Parce que l'humain engage plus loin et plus profond que les seuls contours de l'apparaître, prendre en compte, avec vérité, la question de la rupture d'autonomie est une voie d'entrée majeure pour notre avenir citoyen. En évitant à la fois le piège mortifère de l'exclusion et celui de l'assistance à motif de bonne conscience.

Parce que la perte d'autonomie est une rupture qui dérange beaucoup d'ordres établis, la solidarité pour l'autonomie conduit à penser autrement une politique publique. La création de la CNSA ouvre, de ce point de vue, un chemin qui vaut la peine d'être prolongé, grâce à des améliorations pratiques et une réflexion plus avant vers un nouveau « risque » de protection sociale.

Mais la création de la CNSA incarne davantage encore. C'est une espérance, portée haut, qui donne sens aux accords qui ont émergé des débats de son Conseil, à l'action conduite avec détermination par ses services, et aux premiers travaux de son Conseil scientifique. Tous cherchent à répondre à ce devoir collectif qui naît à la fois du droit à l'autonomie de toute personne et de la responsabilité personnelle pour autrui, vécue sans jamais être quitte. La CNSA est un espace où se cherche et s'élabore très concrètement, depuis maintenant un peu plus d'un an, la convergence des énergies de tous les acteurs concernés vers cette seule ambition-là.

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL DE LA CNSA