

Rapport d'activité 2008

Sommaire

Les faits marquants 2005-2008

Chapitre 1 : Le budget

Répondre à l'exigence de transparence dans l'utilisation des moyens consacrés à l'aide à l'autonomie

1.1 Eléments de synthèse sur le budget 2008

Des déficits prévisionnels en trompe-l'œil

La stabilisation de la part de la CNSA dans le financement des prestations versées par les départements

L'augmentation de la contribution au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées

Une participation importante au plan Alzheimer

1.2 L'amélioration de la compréhension de la dépense

Le suivi de la consommation des crédits d'assurance maladie dédiés aux établissements et services médico-sociaux

Les analyses économiques et financières relatives aux dépenses d'APA et de PCH

La contribution au pilotage financier des MDPH

Encadrés :

Schéma général des ressources et emplois de la CNSA (budget rectifié 2008)
Gestion de trésorerie et politique de placement

Encadré-bilan 3 ans :

Le suivi financier mensuel : un outil innovant

Chapitre 2 : Les établissements et services médico-sociaux

Financer plus efficacement le développement d'une offre de qualité

2.1 De la programmation des besoins à la réalisation des plans : un cycle au service de réponses plus rapides et plus adaptées

Des PRIAC ancrés dans la pluriannualité budgétaire avec la mise en place des enveloppes anticipées, au service d'une accélération des réalisations

Des plans nationaux construits à partir d'une synthèse des PRIAC

Une démarche complémentaire d'appréciation des besoins : les études nationales sur le vieillissement des personnes handicapées et le handicap rare

Le suivi des réalisations à l'appui de la réduction des écarts territoriaux

Une articulation de l'exercice de programmation avec les schémas départementaux à parfaire

2.2 Mieux comprendre le coût et l'activité des structures dans un objectif d'équité et de qualité des réponses

L'analyse de la constitution des coûts dans les établissements et services

Des études relatives à l'activité pour améliorer le service offert aux usagers

2.3 L'aide à la transformation et l'adaptation du secteur médico-social

La professionnalisation des personnels en établissements et services médico-sociaux
Le soutien à l'investissement pérennisé
L'accompagnement des transformations comme perspective

Encadrés :

Notification-programmation-réalisation : chronologie d'une année
Le cycle notification-programmation-réalisation (schéma)

Encadrés bilan 3 ans :

La mise en place d'une dynamique pluriannuelle
L'aide à l'investissement : d'une mesure exceptionnelle à une mission pérenne
L'animation des services de l'Etat

Chapitre 3 : Accueil et évaluation des besoins des personnes

Accompagner les maisons départementales des personnes handicapées dans l'exercice de leur mission

3.1 L'animation du réseau des MDPH : la structuration du réseau des partenaires

Les nouveaux outils de l'animation du réseau
La formalisation au niveau local de trois réseaux de partenaires

3.2 La poursuite de la formation des professionnels des MDPH

3.3 L'appui au fonctionnement des MDPH : développement des moyens humains et financiers, appui à l'informatisation

L'analyse des budgets des maisons départementales
Vers un système d'information partagé

3.4 La construction et la diffusion d'une culture de participation des usagers

La refonte des formulaires de demande
La mesure de la satisfaction des usagers
Le développement d'une culture partagée

3.5 L'approfondissement d'une expertise sur l'évaluation des besoins des personnes, au service des équipes locales

L'accompagnement à l'appropriation du Guide d'évaluation multidimensionnel (GEVA)
L'approfondissement des fondements scientifiques de l'évaluation
Les spécificités de l'évaluation du handicap psychique

3.6 Les perspectives de convergence PA-PH

Encadrés bilan 3 ans :

Les outils d'animation du réseau des MDPH
Des systèmes ITAC et OPALES à un système d'information propre aux MDPH
Cent conventions départementales au service de l'égalité de traitement

Chapitre 4 : Aides techniques et aides humaines *Améliorer l'accès aux solutions de compensation pour l'autonomie*

4.1 Favoriser la transparence de l'offre d'aides techniques

L'acquisition d'une expertise aujourd'hui reconnue et sollicitée
La mise en place d'un dialogue permanent entre les acteurs au sein de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques
La structuration du dispositif d'information et de conseil sur les aides techniques

4.2 Développer une politique partenariale au service de la qualification et la professionnalisation des intervenants du secteur

Une double démarche de structuration de la politique d'aide à la modernisation des services à domicile
Les régions au cœur de la mise en œuvre du Plan des Métiers
Les OPCA mobilisés sur la promotion professionnelle en établissements et services médico-sociaux

4.3 Les prestations : contribuer à un meilleur accès des personnes aux solutions de compensation

La simplification du paiement des prestations
L'accompagnement de l'ouverture de la prestation de compensation aux enfants
La réflexion sur l'évolution des prestations

Encadré :

www.aides-techniques-cnsa.fr

Encadrés bilan 3 ans

Politique conventionnelle avec les départements sur la modernisation des services

Chapitre 5 : Recherche et innovation *Développer la connaissance au service des solutions de demain*

5.1 Le développement des connaissances à l'appui de l'action des services de la Caisse

L'approfondissement de problématiques complexes grâce au soutien du Conseil scientifique
Le financement des études et actions innovantes en appui de l'action de la Caisse

5.2 La structuration du milieu de la recherche dans le champ de la perte d'autonomie

L'approfondissement des partenariats autour des appels à projets
L'engagement d'une action de structuration en profondeur

Encadré :

Le développement de la connaissance et des innovations selon 10 axes

Encadrés-bilan 3 ans

Le Conseil scientifique
Les appels à recherches

Chapitre 6 : La CNSA

Inscrire un nouvel opérateur dans le paysage institutionnel

6.1 Un fonctionnement interne éprouvé

Le déploiement des outils d'organisation d'une équipe diversifiée
Une mise en œuvre des adaptations nécessaires après trois années de fonctionnement

6.2 L'insertion dans le paysage institutionnel

La gouvernance des systèmes d'information : l'accent mis sur l'articulation avec le champ de la santé
Les partenariats institutionnels

Encadré

Profil d'une équipe

Encadrés bilan 3 ans :

Savoir et faire savoir ; les outils de communication

La mise en place d'une fonction support « financière, budgétaire et comptable »

Les conventions de la CNSA

Chapitre 7 : Consolider pour développer

7.1 Un rappel : la CNSA comme un laboratoire d'innovations.

- A) « Penser autrement » une politique publique.
- B) Une régulation innovante. L'exemple de la procédure d'allocation des moyens aux établissements et services.
- C) Un Conseil vécu comme un espace public.

7.2 Des progrès restent à faire.

7.3 La création d'un droit universel d'aide à l'autonomie.

- A) « Aide à l'autonomie ».
- B) Une réponse personnalisée.
- C) Un « droit universel ».

7.4 La consolidation d'une gouvernance nouvelle.

- A) Gouvernance et champ d'action des MDPH.
- B) Articulation des programmations départementales et régionales, voire nationales pour certaines situations.
- C) La CNSA : vers un opérateur national de plein exercice.
- D) En allant jusqu'à déléguer un pouvoir réglementaire à la CNSA complétant la compétence réglementaire générale des autorités centrales de l'Etat.

COMPOSITION DU CONSEIL DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE
AU 14 OCTOBRE 2008

- **Six représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées ainsi que leurs six suppléants :**

M. Jérémie BOROY, Union nationale pour l'insertion sociale des déficients auditifs
Suppléant M. Louis BONET, Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques

M. Jean CANNEVA, Union nationale des amis et familles de malades mentaux
Suppléant M. Henri FAIVRE, Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés

M. Philippe CHAZAL, Comité national pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes
Suppléant M. Jean-Claude CUNIN, Association française contre les myopathies

M. Jean-Marie BARBIER, Association des paralysés de France
Suppléant M. Arnaud de BROCA, Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés

M. Régis DEVOLDERE, Union nationale des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales
Suppléante Mme. Michèle BARON, Fédération française des associations d'infirmes moteurs cérébraux

M. Fernand TOURNAN, Association pour adultes et jeunes handicapés
Suppléante Mme Régine CLEMENT, Fédération des associations pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une trisomie 21

- **Six représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées ainsi que leurs six suppléants :**

M. Pascal CHAMPVERT, Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées
Suppléante Mme Marie-Béatrice LEVAUX, Fédération nationale des particuliers employeurs

Mme Janine DUJAY-BLARET, Fédération nationale des clubs d'aînés ruraux
Suppléant M. Paul MALOISEL, Fédération nationale des associations de retraités

M. André FLAGEUL, Union nationale des associations de soins et de services à domicile
Suppléant M. Thierry D'ABOVILLE, Association d'aide à domicile en milieu rural

M. Benoît JAYEZ, Union confédérale des retraités force ouvrière.
Suppléante Mme Marie ROZET, Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat

M. Guy LE ROCHAIS, Association France-Alzheimer
Suppléant M. Didier SAPY, Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées

Dr Jean-Marie VETEL, Syndicat national de gérontologie clinique
Suppléant Professeur Robert MOULIAS, Association Allô maltraitance personnes âgées

- **Six représentants des Conseils généraux désignés, ainsi que leurs six suppléants, par l'Assemblée des départements de France :**

M. Bernard CAZEAU, Sénateur, Président du Conseil général de la Dordogne
Suppléante Mme Gisèle STIEVENARD, Vice-présidente du Conseil de Paris

M. Yves DAUDIGNY, Président du Conseil général de l'Aisne
Suppléant M. Jean-Yves GOUTTEBEL, Président du Conseil général du Puy De Dôme

M. Jean-Noël CARDOUX, Vice-président du Conseil général du Loiret
Suppléant M. Emmanuel HOARAU, Vice-président du Conseil général de la Réunion

M. Philippe JUVIN, Vice-président du Conseil général des Hauts-de-Seine
Suppléant M. Bruno BELIN, Vice-président du Conseil général de la Vienne

M. Gérard ROCHE, Président du Conseil général de Haute-Loire
Suppléant M. Jean-Louis LORRAIN, Vice-président du Conseil général du Haut Rhin

M. Jean-Louis TOURENNE , Président du Conseil général d'Ille-et-Vilaine
Suppléant M. Michel BOUTANT, Président du Conseil général de la Charente

- **Cinq représentants des organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national et leurs cinq suppléants :**

M. Gérard FRADET, Confédération générale du travail
Suppléante Mme Isabelle FORTIER, Confédération générale du travail

M. Yves VEROLLET, Confédération française démocratique du travail
Suppléante Mme Anne-Marie BRISBOIS, Confédération française démocratique du travail

M. Jean-Marc BILQUEZ, Confédération générale du travail-Force ouvrière
Suppléant M. Mathias RIBOH, Confédération générale du travail-Force ouvrière

M. Jean-Pierre SAMUROT, Confédération française des travailleurs chrétiens
Suppléante Mme Danièle CARBONEL, Confédération française des travailleurs chrétiens

Mme Danièle KARNIEWICZ, Présidente de la CNAVTS, Confédération française de l'encadrement-
Confédération générale des cadres
Suppléante Mme Solange MORGENSTERN, Confédération française de l'encadrement-
Confédération générale des cadres

- **Trois représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives et leurs trois suppléants :**

Mme Muriel CARROLL, Mouvement des entreprises de France
Suppléante Mme Agnès CANARELLI, Fédération française des sociétés d'assurance

M. Henri LESAULE, Confédération générale des petites et moyennes entreprises
Suppléant M. Patrice COMBARIEU, Confédération générale des petites et moyennes entreprises

Mme Roselyne LECOULTRE, Union professionnelle artisanale
Suppléant M. Marcel LESCA, Union professionnelle artisanale

- **Dix représentants de l'État :**

M. Jean-Jacques TREGOAT, Directeur général de l'action sociale
M. Dominique LIBAULT, Directeur de la sécurité sociale
M. Philippe JOSSE, Directeur du budget
M. Jean-Louis NEMBRINI, Directeur de l'enseignement scolaire
M. Bertrand MARTINOT, Délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle
Mme Annie PODEUR, Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
M. le Professeur Didier HOUSSIN, Directeur général de la santé
M. Jean-Marie BERTRAND, Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
M. Edward JOSSA, Directeur général des collectivités locales
M. Patrick GOHET, Délégué interministériel aux personnes handicapées

- **Parlementaires :**

M. Jean-François CHOSSY, Député de la Loire
M. André LARDEUX, Sénateur de Maine et Loire

- **Sept représentants d'institutions intervenant dans les domaines de compétences de la Caisse et leurs sept suppléants :**

Mme Michelle DANGE, Fédération nationale de la mutualité française
Suppléante Mme Isabelle MILLET, Fédération nationale de la mutualité française

M. Alain VILLEZ, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
Suppléant M. Johan PRIOU, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

M. Christian MÖLLER, Fédération hospitalière de France
Suppléante Mme Andrée BARRETEAU, Fédération hospitalière de France

M. Yves-Jean DUPUIS, Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
Suppléante Mme Marine DARNAULT, Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif

M. Gérard PELHATE, Mutualité sociale agricole
Suppléant M. Jean-François BELLARD, Mutualité sociale agricole

M. Yves JOURNEL, Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées
Suppléante Mme Florence ARNAIZ-MAUME, Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées

Mme Françoise NOUHEN, Union nationale des centres communaux d'action sociale
Suppléant M. Daniel ZIELINSKI, Union nationale des centres communaux d'action sociale

- **Trois personnalités qualifiées :**

Professeur Michel BORGETTO, Université Panthéon Assas, Paris II
M. Alain CORDIER, Inspecteur général des finances
Professeur Alain FRANCO, Gériatre, CHU de Grenoble

Les faits marquants 2005-2008

Loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées (30 juin 2004)

Elle institue la CNSA qui a pour mission de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (11 février 2005)

Elle modifie et complète les missions de la CNSA et crée les outils qu'elle aura la charge de mettre en œuvre (notamment les PRIAC).

2005

Installation du Conseil de la CNSA (2 mai 2005)

En présence du Premier président de la Cour des Comptes, le Premier ministre lui confie la mission de sanctuariser les crédits issus de la journée de solidarité et de répondre aux insuffisances de pilotage, de suivi et d'évaluation des moyens consacrés à la prise en charge de la perte d'autonomie.

Première réunion des directeurs de MDPH (Décembre 2005)

Elle vient conclure la démarche de co-construction des outils nécessaires à la mise en place des MDPH, conduite avec des représentants des départements et les associations au 2^e semestre 2005. Elle donne lieu à la remise de deux manuels regroupant près de 100 outils relatifs aux 8 missions des MDPH.

2006

Signature de la Convention d'objectif et de gestion entre l'Etat et la CNSA pour 2006-2009 (23 janvier 2006)

Son originalité réside dans la délégation de compétence organisée par l'Etat en direction de la CNSA pour développer une animation de réseaux avec ses propres services et dans la fonction d'animation des départements sur le champ de la compensation de la perte d'autonomie qu'elle précise.

Première notification des crédits d'assurance maladie aux préfets par la CNSA (15 février 2008)

Cette fonction précédemment assurée par l'administration centrale est reprise par la CNSA selon un calendrier plus resserré qui doit permettre d'accélérer le rythme des autorisations de places nouvelles.

Installation du Conseil scientifique (17 mai 2006)

Il est composé de 22 personnalités, représentants des organismes nationaux de recherche ou personnalités qualifiées, issues de diverses disciplines scientifiques.

Remontées des premiers PRIAC à la CNSA (Mai 2006)

Créés par la loi de 2005, les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) dressent les besoins prioritaires de financement d'établissement et de services médico-sociaux. Ils sont élaborés par les préfets de région à partir de la maquette préparée par la CNSA et trois régions pilotes. Ils ont servi d'appui aux orientations de l'ONDAM médico-social 2007 et à la répartition des crédits en février 2007.

Rapport de la Cour des Comptes sur les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la CNSA (Juin 2006)

Demandé par le Premier ministre le 2 mai 2005, il souligne que les nouvelles ressources de la contribution de solidarité bénéficient bien intégralement aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il retient que la CNSA, peut apporter une réelle valeur ajoutée pour promouvoir l'équité territoriale.

Lancement du 1^{er} plan d'aide à la modernisation (Avril 2006)

500 M€ d'excédents de l'exercice 2005 sont utilisés de façon non reconductible au soutien à la modernisation des établissements médico-sociaux. Après deux plans exceptionnels, la mission d'aide à l'investissement devient une mission pérenne de la CNSA en 2008.

Adoption à l'unanimité du 1^{er} rapport annuel (15 octobre 2006)

Ce premier rapport d'activité, transmis au gouvernement et au Parlement, est adopté à l'unanimité par le Conseil. Il livre ses réflexions relatives à un « cinquième risque » dédié à une solidarité nouvelle pour compenser la perte d'autonomie. Il prône une démarche de convergence et l'amélioration de la gouvernance du dispositif institutionnel.

Rencontre des 100 départements pour l'élaboration des conventions d'appui à la qualité de service. (Octobre-décembre 2006)

Prévues par la loi, ces conventions définissent les objectifs de la qualité de service pour les maisons départementales des personnes handicapées. Un entretien approfondi avec chaque conseil général a précédé leur élaboration. Elles ont été signées tout au long de l'année 2007.

Diffusion d'un suivi financier mensuel (Fin 2006)

Cet outil interne de suivi des données budgétaires et financières est diffusé aux correspondants professionnels de la CNSA, améliorant la transparence.

2007

Notification des premières enveloppes anticipées (février 2007)

Ce nouveau mécanisme permet de notifier par anticipation en année N des enveloppes financières des années suivantes afin d'accélérer les délais de création de places en établissements médico-sociaux. Ce processus, expérimenté fin 2006 sur les crédits 2007, s'est approfondi en 2008.

Appel à projets national sur l'aide aux aidants (Mars 2007)

Proposé par la conférence de la famille de juillet 2006 consacrée aux relations intergénérationnelles, il a été lancé par la CNSA et l'Etat et a financé 96 dossiers, pour 2,7M€.

Création de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques (Juin 2007)

Il réunit les usagers, les professionnels, les industriels et diffuseurs, les organismes d'études et de recherche et les financeurs des aides techniques, avec trois missions : connaître, comprendre et informer.

Participation à la création de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) (2007)

La participation de la CNSA inscrit la question de l'autonomie au cœur des sujets de santé publique et fait reconnaître son rôle en matière de soutien à la recherche.

Le 2^e rapport annuel de la CNSA (16 octobre 2007)

Dans le prolongement de sa réflexion de 2006, le Conseil y précise les principes et les contours d'un nouveau droit universel relatif à l'accès à l'autonomie dans les gestes de vie courante et la participation à la vie sociale. Il a cherché les points de compromis possibles entre ses membres et voulu identifier les orientations faisant débat

Ouverture du site de la CNSA des aides techniques (Mars 2008)

Le portail Internet www.aides-techniques-cnsa.fr créé par la CNSA permettant l'accès des professionnels comme des usagers à l'information sur les aides techniques, fournies par diverses bases de données partenaires.

Publication du guide d'évaluation multidimensionnelle (GEVA) (6 février 2008)

Le GEVA devient obligatoires pour les évaluations des besoins des personnes conduites par les MDPH. La CNSA a apporté toute son expertise, conformément à sa mission légale, à son élaboration.

Présentation au Conseil de la CNSA des orientations du Gouvernement sur la création du 5^e risque (28 mai 2008)

Ces orientations présentées par Xavier Bertrand et Valérie Létard sont issues des engagements présidentiels, des priorités du Gouvernement, des propositions formulées par les membres du Conseil de la CNSA et des travaux parlementaires en cours. Elles sont soumises à la concertation organisée avec l'ensemble des acteurs.

CNSA membre de la Fondation de coopération scientifique Alzheimer (27 Juin 2008)

Membre fondateur, la CNSA apporte son expertise et ses moyens au développement de la recherche en sciences humaines et sociales au service d'un meilleur accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs familles.

Convention avec l'Assemblée des départements de France (ADF) (Septembre 2008)

Elle organise la collaboration entre la CNSA et l'ADF relative aux missions des MDPH, à l'échange d'expériences et d'informations entre les MDPH, aux concours financiers aux départements

Chapitre 1 : Le budget de la CNSA

Répondre à l'exigence de transparence et de suivi dans l'utilisation des moyens consacrés à l'aide à l'autonomie

Le budget de la CNSA porte trois grandes ambitions, à l'origine de la création de la Caisse :

- **retracer une part essentielle des ressources publiques nationales consacrées à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, en ajoutant aux ressources propres de la CNSA les crédits ouverts par le vote de l'ONDAM médico-social,**
- **garantir à l'euro près la destination de la contribution supplémentaire créée en 2004 et au-delà tous les crédits qu'elle gère,**
- **et s'assurer que, selon la formule prononcée sur les fonds baptismaux de la Caisse : « la CNSA en plus et non à la place de ».**

Depuis trois ans, la mise en place de processus de suivi et la diffusion d'indicateurs sont devenus les véritables leviers de l'égalité de traitement. Ils permettent une véritable responsabilisation des acteurs locaux et un débat public de qualité au Conseil de la CNSA.

Pour garantir une affectation claire des ressources de la CNSA à ses différentes missions, la loi décline le budget de la caisse en six sections distinctes, correspondant à chacune de ces missions, précise les règles de répartition des produits entre ces sections et définit les charges imputées à chacune d'entre elles. En outre, trois sections sont subdivisées en sous sections par catégorie de bénéficiaires (personnes âgées ou personnes handicapées) :

Section 1 : financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (1-1 : personnes handicapées – 1-2 : personnes âgées)

Section 2 : concours aux départements pour le financement de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Section 3 : concours aux départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Section 4 : financement des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service

Section 5 : autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie

Section 6 : frais de gestion de la Caisse

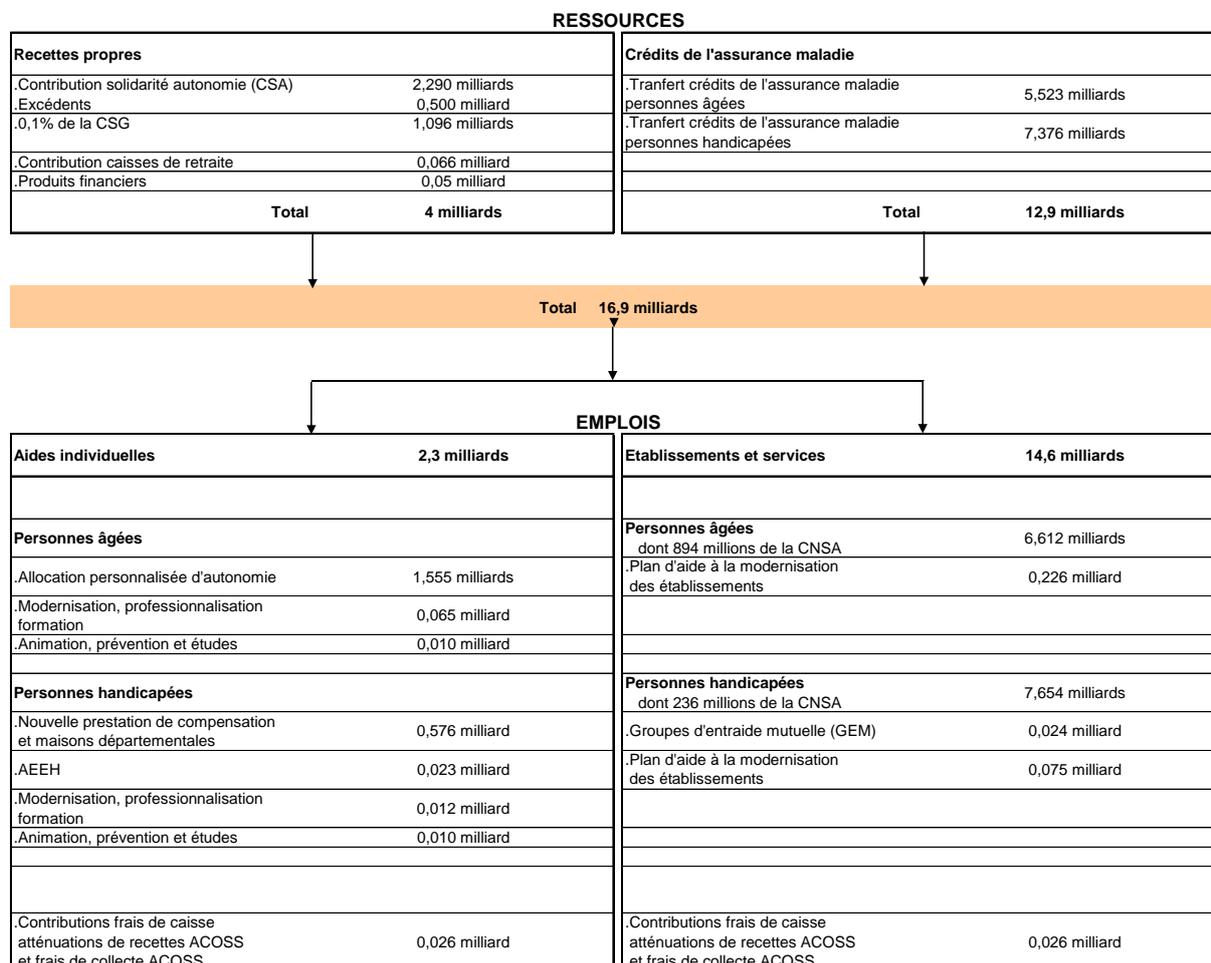
Le budget adopté pour 2008 présente un certain nombre de caractéristiques sur lesquelles il convient de s'arrêter, une présentation plus détaillée des ressources et emplois de chacune des sections pour 2008 et pour 2009 étant disponible en annexe.

Par ailleurs, sont présentés les premiers résultats significatifs des travaux conduits par la CNSA pour suivre l'utilisation des crédits jusqu'au destinataire final.

1.1. Eléments de synthèse sur le budget 2008

Encadré de début de chapitre

Schéma général des ressources et des emplois de la CNSA en 2008



L'emploi de la Contribution solidarité autonomie : 2,290 milliards d'euros répartis en 2008

60% pour les personnes âgées		40% pour les personnes handicapées	
.40% pour la prise en charge collective	916 millions	.14% pour la prise en charge collective	321 millions
.20% pour les aides individuelles (APA)	458 millions	.26% pour les aides individuelles (Prestation de compensation)	595 millions

Le budget 2008, fixé à 17,2 Md€ (montant rectifié par le Conseil du 1^{er} juillet 2008), comportant 300 M€ de reprise de provision qui ne figurent pas dans le tableau ci-dessus, est en augmentation de 14,5% par rapport au budget exécuté 2007, les deux tiers de cette évolution portant sur les dépenses des établissements et services du secteur médico-social.

Des déficits prévisionnels en trompe-l'œil

La construction du budget 2008 fait apparaître un résultat déficitaire prévisionnel de 505 M€, pour l'essentiel sur le financement des établissements pour personnes âgées (section 1-2) et sur le financement du plan d'aide à l'investissement pour les établissements médico-sociaux (section 5). Ces déficits correspondent à des dépenses dont le financement doit être assuré par les excédents des exercices antérieurs.

Depuis sa création, la CNSA produit en effet chaque année des excédents sur les sections 1, 4 et 5.

La section 1 est la principale productrice d'excédents, en raison de son importance relative dans le budget de la Caisse (83%) et des mécanismes budgétaires qui lui sont liés. Au titre de cette section, la CNSA attribue aux préfets de département des enveloppes destinées à financer le fonctionnement des établissements et des services. Une partie de ces enveloppes correspond à des mesures nouvelles, en particulier le financement de la création de places nouvelles dans le cadre des plans nationaux (plan solidarité grand âge, plan Alzheimer,...). Le versement des crédits correspondants aux établissements est subordonnée à l'ouverture effective de ces nouvelles places, elle-même conditionnée par la durée des travaux et le délai de recrutement et de formation des personnels et il peut s'écouler plusieurs mois voire plusieurs années entre la notification des crédits au préfet et la réalisation de la dépense, se traduisant par une sous consommation des enveloppes financières. En ce qui concerne les crédits de médicalisation des établissements pour personnes âgées, le phénomène est similaire : ils ne peuvent être consommés que lorsque les conventions ont été signées par l'Etat, le Conseil général et le gestionnaire de l'établissement, ce qui est souvent long.

Avant la création de la CNSA, les excédents ainsi produits restaient dans les comptes de l'assurance maladie et pouvaient servir à compenser des déficits sur d'autres catégories de dépenses. Désormais, ils sont isolés dans les comptes de la Caisse, provoquant une forte prise de conscience de l'ensemble des acteurs. C'est pourquoi la CNSA a développé des travaux de suivi de ces crédits (décrits *infra*) visant à mieux comprendre le processus de dépenses, depuis la notification des crédits jusqu'au versement de la caisse d'assurance maladie à l'établissement ; des procédures visant à anticiper et accélérer les réponses ont par ailleurs été mises en place (cf. chapitre 2).

Une importante partie de ces excédents, reportés sur la section 5, ont financé dès 2006 des plans d'aide à la modernisation des établissements médico-sociaux (500M€ en 2006 ; 185M€ en 2007 ; 300M€ en 2008).

En 2008, une fraction des réserves (200M€) a également été utilisée, pour la première fois, pour abonder l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement pour les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, c'est-à-dire pour financer le fonctionnement de ces établissements.

En ce qui concerne les établissements pour personnes handicapées, l'ONDAM a également bénéficié d'un apport supplémentaire de la CNSA en 2008, financé dans ce cas par l'affectation d'une fraction plus importante du produit de la « contribution de solidarité pour l'autonomie » (CSA) passée de 12,74 à 14%.

La stabilisation de la part de la CNSA dans le financement des prestations versées par les départements

Grâce à l'augmentation mécanique de la CSA et de la CSG ainsi que de la forte augmentation des produits financiers, les concours apportés aux départements à travers les sections 2 et 3 de son budget sont en augmentation régulière.

Toutefois, la charge des prestations versées par les départements au titre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) connaissant une croissance soutenue, le « taux de couverture » national (rapport entre les concours de la CNSA et le montant des prestations versées) devrait diminuer légèrement :

- pour l'APA, ce taux devrait passer de 33,2% en 2007 à environ 32,4% en 2008 (avec une hypothèse d'augmentation des dépenses d'APA de +5,4%) ;
- pour la PCH, la diminution est plus rapide, en raison du changement de rythme de croissance : en 2006 et 2007, en l'absence de plafonnement du concours de la CNSA et du démarrage relativement lent de la prestation, le taux de couverture a été très supérieur à 100% (191% en 2007) ; en 2008 en revanche, la montée en puissance de la PCH pourrait faire apparaître un taux de couverture proche de 100%.

L'augmentation de la contribution au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées

La CNSA contribue au fonctionnement des MDPH à travers la section III de son budget, qui finance la PCH, pour un montant fixé par son Conseil. Dans le souci constant d'adapter l'aide financière aux besoins, l'aide pérenne a été accrue de 10M€ pour être portée à 30M€ en 2007 ; une aide supplémentaire, exceptionnelle non reconductible de 20M€ a été apportée la même année.

En 2008, le concours pérenne aux MDPH a été fixé par le Conseil du 1^{er} juillet à 45M€ au vu de l'augmentation de leurs charges permanentes.

Une participation importante au plan Alzheimer

Le plan « Alzheimer et maladies apparentées – 2008-2012 » associe la CNSA sur de nombreuses mesures. Annoncé le 1^{er} février par le Président de la République, il a conduit le Conseil à adopter un budget rectificatif le 1^{er} avril, de manière à permettre la mise en œuvre d'un plan d'aide à l'investissement de 180M€ pour les établissements pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer qui prévoit en particulier la création d'unités spécifiques. Le montant du plan d'aide à l'investissement, financé sur la section 5 du budget, a donc été porté à 300 M€ : 225 M€ en faveur des établissements et services pour personnes âgées (dont 180 M€ au titre du Plan Alzheimer) et 75 M€ en faveur des établissements et services pour personnes handicapées.

A noter que la section 5 porte le financement d'autres mesures significatives du Plan, comme l'expérimentation des maisons de l'autonomie et de l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), pour un montant prévisionnel de 2,5M€ par an pendant trois ans.

1.2. L'amélioration de la compréhension de la dépense

Créée par la loi du 30 juin 2004, la CNSA n'a véritablement assumé la responsabilité de sa gestion financière qu'un an plus tard, lorsque la mission de « gestion à titre transitoire » confiée au Fonds de solidarité vieillesse s'est achevée.

La mise en place des règles et procédures indispensables au fonctionnement a pu être réalisée dès 2006, en particulier la collecte des données nécessaires à l'application des critères fixés par les décrets du 22 décembre 2004 pour l'APA et du 19 décembre 2005 pour la PCH pour répartir les concours entre les conseils généraux. La CNSA a la mission d'actualiser tous les ans les 9 critères utilisés et doit pour cela travailler en étroite collaboration avec d'autres partenaires, notamment l'INSEE et la Direction générale des finances publiques.

A partir de 2007, les relations avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) d'un côté et les régimes d'assurance maladie de l'autre ont fait l'objet d'un travail approfondi, se traduisant par la conclusion de conventions financières, destinées à adapter et stabiliser les règles de versement et d'échange d'information nécessaires pour l'élaboration du budget et la clôture des opérations financières.

La première véritable clôture des comptes de la CNSA, réalisée début 2007 pour l'exercice 2006, a concrétisé l'aboutissement de la première phase de création de la fonction budgétaire et financière.

Les travaux se sont, depuis, plus encore concentrés sur l'amélioration de la compréhension et du suivi de la dépense, à travers 3 importants chantiers :

Le suivi de la consommation des crédits d'assurance maladie dédiés aux établissements et services médico-sociaux

Depuis 2006, la CNSA centralise et assure l'équilibre du financement des établissements et services du secteur médico-social, notamment en retraçant dans ses comptes l'intégralité des dépenses constatées à ce titre par les régimes d'assurance maladie.

Dans le cadre de l'arrêté des comptes de la CNSA, chaque régime d'assurance maladie notifie à la Caisse le montant de ses dépenses entrant dans le champ de financement de celle-ci, détaillé par type de population (personnes âgées ou handicapées) et par catégorie d'établissements et services. Un processus d'analyse et d'échange, formalisé dans les conventions d'échanges d'information conclues avec les régimes, a permis d'affiner et de fiabiliser le champ des dépenses financées par la CNSA.

Le premier objectif des démarches de suivi de la consommation des crédits d'assurance maladie est donc d'assurer la sincérité de la gestion financière de la CNSA. L'enjeu est de disposer d'une information de qualité, disponible le plus rapidement possible, de manière à anticiper la clôture des comptes et sécuriser le dispositif.

Est venu s'ajouter un deuxième objectif : mesurer l'effectivité des moyens financiers engagés. Pour la CNSA, l'enjeu est double :

- mesurer les inégalités territoriales qu'elle a la mission de réduire à travers une analyse par type de structure, par région et par département, et la production d'indicateurs physiques (taux d'équipement) et financiers (dépense en euro par habitant) ;
- comprendre et expliquer l'origine de la sous-consommation des enveloppes de financement de mesures nouvelles (cf. *supra*).

A cette fin, deux processus complémentaires ont été mis en place :

- le suivi des versements des caisses locales d'assurance-maladie est assuré depuis 2007 à partir des remontées de l'Agence comptable de la CNAMTS. Ces informations font désormais partie « du suivi financier » (cf. encadré). La réalisation de ce suivi implique un travail commun avec la CNAMTS pour collecter les données brutes, les corriger d'éventuelles approximations et erreurs d'imputations, les ventiler par départements, et les compléter des données d'autres régimes d'assurance maladie. Les premières

restitutions de ces travaux ont été livrées à la fin 2007. La modélisation de la consommation permet de dessiner à partir des résultats du premier semestre de l'année le profil de l'année, d'anticiper des risques de sous ou sur-consommation des enveloppes nationales et d'orienter les choix réalisés dans le cadre de la construction des objectifs de dépenses de l'année suivante. La précision de ce suivi est une exigence fondamentale pour la CNSA qui, le cas échéant, devrait supporter seule un éventuel dépassement de l'objectif général de dépenses (OGD)

- le suivi des engagements, à travers une enquête semestrielle, mise en place pour le secteur des personnes handicapées par la DGAS, reprise par la CNSA en 2006 et étendue au secteur des personnes âgées. Cette enquête permet de disposer au mois de septembre des réalisations du 1^{er} trimestre de l'année, et au mois de mars de l'année suivante des réalisations du 2^{ème} semestre. En 2008, cette enquête devient annuelle. Elle permettra de dresser un bilan de l'année un trimestre plus tôt, dès le mois d'octobre pour le nombre de places autorisées dans l'année, et au mois de mars suivant, pour la première réunion du Conseil de la CNSA, pour les résultats de l'année entière. Cette enquête permet d'assurer la traçabilité budgétaire des crédits notifiés année par année, à travers le suivi de la séquence notification-autorisation-installation.

Le rapprochement de ces deux séries de données permet d'expliquer une partie des sous-consommations. Il fait aussi apparaître des vérités assez fortes : par exemple, les disparités de dépenses entre régions et départements s'expliquent davantage par des disparités d'équipement que par des écarts de coûts entre structures.

Les résultats de ces enquêtes sont restitués, en même temps que les notifications de crédits, aux préfets de régions et de départements sous forme graphique et cartographique et complétés d'indicateurs de pilotage tels que le niveau de consommation des dotations de l'année N-1, pour constituer des instruments d'aide à la décision. Par exemple, la connaissance d'une sous-consommation des crédits alloués précédemment doit permettre aux services de faire porter leur effort sur la programmation et les recherches de promoteurs capables de mener à bien les projets de création de structures. De même la répartition des dotations pour l'année 2008 a ainsi été l'occasion pour le directeur de la CNSA de rappeler à chaque région ses taux d'autorisation et d'installation de places nouvelles qui sont les marqueurs de la capacité à concrétiser dans des délais raisonnables la réalisation des plans gouvernementaux

L'objectif essentiel pour 2008/2009 est de concevoir et rendre opérationnel un outil sécurisé et partagé permettant de constituer et gérer une base de données pluriannuelle pour suivre la réalisation de l'OGD et l'évolution des enveloppes PA/PH aux niveaux départemental, régional et national.

Les analyses économiques et financières relatives aux dépenses d'APA et de PCH

Après un premier chantier consacré, en 2007, à la vérification et la consolidation des données d'APA et de PCH utilisées dans la répartition des concours, en lien avec la direction générale de la comptabilité publique, la CNSA a pu commencer à approfondir sa compréhension de la dynamique de la dépense dans le champ des prestations qu'elle cofinance.

Un exercice de projection des dépenses d'APA et de PCH réalisé dès fin 2007 a prévu une montée en charge rapide de la PCH pour la fin 2007 et pour 2008, en contraste très net avec le démarrage lent de 2006, ainsi que la poursuite de l'augmentation, à un rythme plus rapide que prévu initialement, des dépenses d'APA.

Ce travail récurrent de prévision est complété par des analyses plus ponctuelles. Une étude sur des données individuelles de bénéficiaires de l'APA s'est ainsi attachée à identifier les parcours dans les différents états de la perte d'autonomie.

Ces travaux donnent lieu à trois types de restitution :

- ils viennent tout d'abord alimenter le suivi financier mensuel (*cf. encadré*) ;
- ils sont diffusés aux membres du nouveau comité de conjoncture APA/PCH, mis en place en juin 2008, qui réunit trois fois par an les administrations et organismes engagés dans une meilleure compréhension de ces deux prestations. L'approche est multiple : économique, technique, statistique et comptable ; elle vise à fiabiliser les prévisions à travers le partage de connaissances et de points de vue ;
- l'expertise technique de la CNSA vient enfin appuyer les travaux prospectifs des administrations centrales de l'Etat, que ce soit pour fiabiliser les prévisions de dépenses, réaliser des simulations sur la répartition des concours de la CNSA ou nourrir la réflexion gouvernementale sur la création d'un nouveau champ de protection sociale (*cf. chapitre VI du rapport 2007*).

La contribution au pilotage financier des MDPH

Les budgets des GIP MDPH *stricto sensu* ne donnent pas une lecture complète des ressources mobilisées et des coûts de fonctionnement. On constate un décalage important entre les apports effectifs des contributeurs, notamment de personnels, et ce qui est retracé dans les comptes.

Le Conseil de la CNSA a manifesté son souhait en juillet 2007 de pouvoir disposer d'éléments significatifs sur le niveau des dépenses de fonctionnement des MDPH pour déterminer le montant d'une participation financière efficiente. Cette demande a rejoint les besoins des Conseils généraux en matière de pilotage financier de leur MDPH et de comparaisons interdépartementales.

Dans le cadre d'un travail partenarial avec plusieurs départements et leurs MDPH, ainsi qu'avec les services de l'Etat et les autres contributeurs financiers, les équipes de la CNSA ont développé une maquette de présentation consolidée des budgets et comptes administratifs, validée en février 2008. Il s'agit d'un outil non normatif, qui n'a pas valeur de document comptable ou budgétaire mais qui permet une présentation globale des coûts, faisant apparaître leur constitution et leur structure et les différentes sources de financement (incluant les différents apports en nature : personnels et services mis à disposition), et fournit des ratios de référence.

Envoyée fin mars 2008 à tous les départements, cette maquette a pu donner lieu à une étude des coûts 2007 des MDPH présentée au Conseil de la CNSA du 1^{er} juillet 2008, à partir des données de 34 départements. C'est sur cette base qu'a été prise la décision de porter l'aide pérenne à 45M€ à partir de 2008.

Encadré

Gestion de trésorerie et politique de placement

La gestion de la trésorerie de la CNSA s'est développée depuis le dernier trimestre 2007 autour de cinq axes majeurs :

- 1/ Un suivi quotidien des flux financiers, en complément du suivi mensuel de trésorerie qui existe depuis fin 2006. Il doit garantir la liquidité et la sécurité des transactions.
- 2/ Des prévisions de trésorerie au jour le jour, afin d'anticiper le solde quotidien de son compte bancaire et optimiser ses placements, en volume et en durée.
- 3/ Des échanges avec les partenaires financiers, notamment la recette générale des finances et l'ACOSS, pour améliorer l'efficacité et la performance de la gestion de trésorerie et étudier la possibilité d'une diversification des instruments de placement.

4/ La participation aux réunions de conjoncture organisées par ses partenaires financiers.
Car l'optimisation des produits financiers résultant des placements en titres de créances négociables est étroitement liée à l'évolution des principaux indicateurs de l'économie française, notamment en matière de taux.

5/ L'animation d'un comité interne de conjoncture sur les placements, pour parvenir à une vision partagée de la politique de placement menée au regard de ses prévisions de trésorerie et des anticipations sur l'évolution des taux.

Encadré bilan 3 ans

3 ans d'action

Le suivi financier mensuel : un outil innovant

La CNSA s'est dotée d'un outil interne de suivi et de diffusion des données budgétaires et financières, qui constitue également un vecteur de communication de l'information financière auprès de ses principaux partenaires.

Produit tous les mois depuis fin 2006, il a vu son contenu et sa diffusion s'élargir progressivement.

Contenu : état de l'exécution du budget, suivi détaillé des principaux financements de la Caisse, synthèse des évolutions des dépenses financées sur plusieurs exercices, profil de trésorerie et analyse des placements opérés et de leur rendement.

Diffusion : réservée en phase de mise en place aux membres du Conseil et aux correspondants professionnels de la CNSA, elle a été élargie en 2008 à tous les publics intéressés, notamment au secteur associatif de la perte d'autonomie.

Chapitre 2 : Les établissements et services médico-sociaux

Financer plus efficacement le développement d'une offre de qualité

Les établissements et services médico-sociaux apportent une réponse aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, en leur offrant un mode d'accompagnement de la perte d'autonomie, et entrent, avec les autres aides à l'autonomie, dans le nouveau champ de protection sociale. La CNSA a la responsabilité des quelques 14 milliards d'euros qui financent le fonctionnement de ceux à la charge de l'assurance maladie, crédits qui sont votés tous les ans par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale et inscrits dans ses comptes. Elle assure ainsi une gestion déléguée de ces crédits d'assurance maladie et s'est attachée à se doter d'instruments à la hauteur de cette mission.

De nouveaux processus et outils ont vu le jour depuis trois ans. Ils n'ont qu'un objectif : rendre non seulement plus performante la gestion publique (il s'agit de « faire bien les choses ») mais plus encore s'assurer de la pertinence des objectifs poursuivis par la politique publique (il s'agit de « faire les bonnes choses »).

Se doter de meilleures informations sur les besoins et les situations locales pour mieux programmer les priorités et les moyens, notamment en matière de développement de l'offre de services. Elaborer des outils plus « intelligents » de régulation de la dépense publique, pour finaliser un jeu de procédures et de règles permettant de faire au mieux avec les moyens votés par le Parlement. S'assurer de la mise en œuvre des programmations et des plans nationaux et être capable d'en rendre compte. Etudier le service rendu aux personnes accueillies pour s'assurer des adaptations nécessaires de l'offre et de l'amélioration de la qualité.

Au total, un impératif : observer, mesurer et prévoir, pour mieux comprendre et agir !

2.1. De la programmation des besoins à la réalisation des plans : un cycle au service de réponses plus rapides et plus adaptées

La CNSA a la responsabilité de la répartition en enveloppes régionales limitatives des crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes âgées et les personnes handicapées financés en tout ou partie par l'assurance maladie et relevant de la compétence de l'Etat, avec en particulier l'objectif de veiller à l'équité territoriale. La délégation de cette compétence, qui relevait précédemment des administrations de l'Etat au niveau national, s'est accompagnée de la création d'un nouvel outil de programmation régional, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). La CNSA s'est attachée, avec le concours de services déconcentrés, à définir le processus et à accompagner l'appropriation de ce nouvel instrument par les services de l'Etat aux niveaux régional et départemental dès 2006.

C'est ainsi que s'est mise en place une procédure budgétaire innovante liant recensement des besoins prioritaires à travers les PRIAC et allocation des crédits de l'ONDAM jusqu'au niveau départemental : la CNSA procède à une répartition régionale des enveloppes budgétaires de mesures nouvelles de créations de places (sur la base de critères délibérés par son Conseil) ; elle répartit, au sein de ces enveloppes régionales, les dotations départementales de créations de places sur la base des priorités exprimées dans le PRIAC par le préfet de région. La CNSA, dans son dialogue avec les préfets, favorise la résorption des inégalités interrégionales et entre les départements au sein des régions, ainsi que la diversification des modes d'accompagnement.

Chargée du suivi de la mise en œuvre des plans nationaux, et de la gestion de l'ONDAM médico-social, la CNSA doit rendre compte de l'emploi de ces crédits, par nature de dépenses et par territoire.

Les enseignements tirés du système d'information mis en place permettent d'analyser en continu les rythmes de mise en œuvre, d'objectiver les facteurs de délai, et le réalisme des programmations prévisionnelles. Ils éclairent la campagne budgétaire suivante et peuvent inspirer, le cas échéant, des évolutions de pratiques ou de textes nécessaires pour atteindre les objectifs nationaux.

Ce cycle continu « prévision à 4 ans – allocation budgétaire – réalisations -décaissements de l'assurance-maladie » renouvelle profondément le dialogue entre le niveau local et le niveau national.

Des PRIAC ancrés dans la pluriannualité budgétaire avec la mise en place des enveloppes anticipées, au service d'une accélération des réalisations.

Après avoir précisé le processus d'expression régionale des besoins prioritaires et défini un cadre de présentation unique pour toutes les régions et consolidable au niveau national, la CNSA a accompagné depuis 2006 sa mise en œuvre et son appropriation par les services de l'Etat. A partir des enseignements de la première édition, précisés lors des échanges techniques régionaux de l'automne 2006, la méthodologie a été approfondie afin de rendre plus homogène cet exercice de programmation. La prévision est passée de 3 à 5 ans en 2007. La concertation avec les Conseils généraux et les autres acteurs de la programmation (agences régionales de l'hospitalisation-ARH), ainsi que la communication auprès des partenaires et des porteurs de projets (CROSMS), lacunaires les deux premières années, ont été rendues plus impératives encore.

En 2008, la CNSA a stabilisé les règles définies pour 2007 et renforcé les liens entre l'exercice de programmation interdépartementale des PRIAC, l'exercice d'allocation budgétaire et le suivi de l'exécution des programmations

Le calendrier rigoureux de notification des enveloppes régionales et départementales qui a été posé dès 2006 a été respecté (cf. encadré)

L'utilisation systématique des PRIAC 2007-2011 pour la répartition indicative des dotations de mesures nouvelles entre les départements d'une même région a constitué une nouveauté dans la pratique que la CNSA avait commencé d'initier lors de l'exercice 2007. Les écarts entre les propositions des préfets de région remontées le 30 mars 2008 et le niveau des dotations indicatives calculées par la CNSA à partir de la programmation PRIAC ont été résiduels, montrant l'approfondissement de la crédibilité du PRIAC comme programmation financière.

Le dispositif d'enveloppes anticipées, créé dès 2006 pour renforcer la visibilité pluriannuelle et accélérer la mise en œuvre des plans, a quant à lui été renforcé. Les enveloppes anticipées sont le prolongement logique de l'approche pluriannuelle portée par les PRIAC : à une expression des besoins sur plusieurs années doit en effet répondre une mise à disposition des moyens sur plusieurs années. Il s'agit d'une des réponses aux trop importants délais entre les autorisations et les ouvertures de places, pour partie responsables des excédents de la section 1 constatés année après année (cf. chapitre 1).

Le volume de ces enveloppes a ainsi été très sensiblement augmenté. Il atteint en 2008 des niveaux très significatifs : les enveloppes supplémentaires pouvant ainsi être engagées cette année représentent 40% des places nouvelles pour 2009, qui viennent s'ajouter aux 20% déjà notifiés l'an dernier, et 40% des places nouvelles pour 2010, soit 70 M€ pour chacune des deux années 2009 et 2010 pour les établissements et services destinés aux personnes handicapées et 37 M€ pour chacune des deux années 2009 et 2010 pour les établissements et services destinés aux personnes âgées.

Des plans nationaux construits à partir d'une synthèse des PRIAC

En 2008, deux nouveaux plans nationaux, le plan autisme et le plan handicap visuel, et un programme national pluriannuel de création de places nouvelles, comprenant entre autres le développement de l'offre de services prévu dans les plans thématiques nationaux, ont été présentés dans le champ du handicap. Pour la première fois, l'élaboration du programme de développement de l'offre médico-sociale, annoncé le 10 juin 2008 par le Président de la République, s'est appuyée sur la synthèse des PRIAC 2007 réalisée par la CNSA.

Il s'agit de l'utilisation du dispositif PRIAC en tant qu'instrument d'expression des besoins, au service de la mission de la CNSA : éclairer les besoins de financement à 5 ans dans le champ des établissements médico-sociaux que le Gouvernement doit présenter tous les ans devant la représentation nationale.

Le plan pluriannuel 2007-2012 représente un équilibre entre les remontées de besoins exprimés par les PRIAC, et les priorités nationales : rééquilibrage en faveur des adultes handicapés, dépistage et action précoce, diversification des structures et prise en compte des besoins spécifiques (autisme, handicaps rares).

Une démarche complémentaire d'appréciation des besoins : les études nationales sur le vieillissement des personnes handicapées et le handicap rare

Les PRIAC ne constituent pas en effet le seul mode d'appréciation des besoins en services. Certains facteurs, comme les dossiers en attente de financement ou l'absence de projets, peuvent influencer la programmation, et limiter l'anticipation de besoins. Ainsi, l'impact de l'allongement spectaculaire de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap sur l'offre en établissements et services n'a pas suffisamment été pris en compte dans les priorités régionales sur la durée du PRIAC comme le montre la baisse de la programmation des places pour adultes à l'échéance de 2 ou 3 ans.

La CNSA conduit ainsi parallèlement des travaux complémentaires pour éclairer les besoins en établissements et services, notamment dans les secteurs où la spécificité des besoins et la réponse à apporter dépassent l'appréciation régionale. C'est évidemment le cas pour les handicaps rares, domaine dans lequel la loi et la COG confient à la CNSA la charge de proposer au Ministre un schéma national pour les handicaps rares.

Appuyée par le Conseil scientifique qui a constitué une commission spécialisée à cet effet, la CNSA s'est saisie de ce chantier en 2007, devant lui permettre de proposer et d'accompagner les évolutions nécessaires à 5 ans dans la détection, l'accompagnement personnalisé et le renforcement des capacités d'intervention et de mobilisation des expertises rares et spécifiques. Un travail documentaire important et une série d'auditions ont été organisés par la commission associant professionnels de la santé, du social, et des représentants des usagers. Des recommandations ont été validées en septembre 2008 qui vont permettre l'élaboration du schéma national au second semestre 2008.

Le suivi des réalisations à l'appui de la réduction des écarts territoriaux

Comme on l'a vu au chapitre 1, la mise en place d'un dispositif complet de suivi des crédits médico-sociaux d'assurance maladie est une réponse au constat des excédents constitués année après année sur la section 1, principalement liés aux délais de réalisation des places nouvelles et de conclusion des conventions de médicalisation des EHPAD.

C'est dans le suivi précis de la séquence notification-engagement des crédits, type d'établissement par type d'établissement, département par département, que se joue la véritable « traçabilité » des crédits votés par le Parlement.

Le premier niveau de suivi, qui concerne les crédits notifiés par la CNSA au niveau régional et départemental, fait l'objet d'une restitution tous les ans au Conseil de juillet. En juillet 2008, il y a été rendu compte de la répartition définitive par la CNSA de 97,7% des dépenses autorisées de l'année 2008 sur le secteur des personnes âgées et de 99,1 % le secteur des personnes handicapées. Une petite partie de l'enveloppe de mesures nouvelles est répartie plus tard dans l'année, selon une autre logique de répartition, notamment les crédits destinés à la poursuite de la médicalisation des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes (pour un montant de 93,9M€) qui sont attribués a posteriori, en fonction des dépenses engagées, ou les crédits relatifs à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (pour un montant de 35M€). La restitution définitive est ainsi faite au début de l'année qui suit.

Le suivi des crédits engagés par les préfets passe par l'enquête semestrielle, décrite au chapitre 1. Le suivi des crédits consommés complète ce dispositif.

Le dispositif de suivi des réalisations prend sa place dans le cycle décrit ci-dessus en tant qu'il vient à l'appui du travail de programmation. Grâce à lui, chaque préfet de région auquel les résultats sont transmis peut situer sa région et la position relative de chaque département dans sa région au regard de l'effort réalisé par public (indicateur dit de l'euro par habitant), en niveau d'équipement (taux d'équipement) mais aussi en délai de réalisation. Il peut ainsi infléchir sa programmation en fonction de priorités de rééquilibrage territorial. Il peut également rythmer la création des places nécessaires pour répondre aux besoins identifiés en fonction de la capacité à faire de sa région.

L'articulation de l'exercice de programmation avec les schémas départementaux reste à parfaire

L'articulation entre la programmation faite par les services de l'Etat et la planification confiée par la loi d'août 2004 aux Conseils généraux, constitue une des principales difficultés identifiées avec la mise en place des PRIAC.

La concertation avec les Conseils généraux dans le cadre de l'élaboration des PRIAC, indispensable mais encore inégale, doit être renforcée afin de rapprocher la démarche de planification et de programmation régionale et départementale. Une approche partagée des besoins d'évolution de l'offre en établissements et services au regard de la capacité à mettre en œuvre des projets et des spécificités locales a besoin d'être appuyée méthodologiquement. Sollicitée par des Conseils généraux sur ce sujet, la CNSA a retenu ce thème de travail qu'elle documente avec l'appui d'un groupe de travail restreint réunissant des représentants des services déconcentrés de l'Etat et des départements volontaires. Il s'agit cependant plus d'une perspective de travail, d'autant que la CNSA ne s'est pas vu confier de compétence légale en matière d'appui à la planification départementale. La réflexion entourant la création des agences régionales de santé doit s'en saisir.

2.2. Mieux comprendre le coût et l'activité des structures dans un objectif d'équité et de qualité des réponses

L'analyse de la constitution des coûts dans les établissements et services

Que ce soit pour appuyer les travaux de programmation locaux en fournissant des référentiels de coûts, éclairer les besoins de financement à 5 ans ou mieux comprendre, pour les résorber, les disparités territoriales, l'amélioration de la connaissance des coûts de fonctionnements des établissements sociaux est une priorité.

Le travail en la matière s'est largement concentré sur la construction et l'évolution du système d'information :

- l'applicatif SAISEHPAD permet d'opérer un suivi statistique et financier du processus de médicalisation des EHPAD. Développé par la DHOS et repris par la CNSA en juin 2006, cet outil fait l'objet d'une mise à jour continue par les services déconcentrés de l'Etat (DDASS) et d'une exploitation statistique trimestrielle. Il permet l'analyse des coûts et la projection du besoin financier lié à la médicalisation des EHPAD. En 2008, le suivi trimestriel des conventions de médicalisation de deuxième génération (qui apportent des moyens supplémentaires en fonction du niveau de soins requis des personnes accueillies, mesuré par l'outil PATHOS) permettra d'attribuer les crédits non plus selon des critères de répartition *a priori* mais « sur facture ». Cet applicatif est appelé à évoluer afin de mieux prendre en compte les avenants et renouvellements de conventions et, plus généralement, de permettre des restitutions statistiques plus standardisées.
- L'applicatif REBECA, va permettre de disposer des éléments de synthèse des budgets exécutoires (BP) et des comptes administratifs (CA) des établissements et services pour personnes handicapées et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ainsi que de leurs indicateurs physico-financiers. Il se substitue à l'enquête « BP-CA ». Parmi de nombreux objectifs, il doit permettre d'analyser l'évolution des coûts de fonctionnement des établissements et services concernés et éclairer les éléments de formation des coûts en fonction des grands groupes de dépenses. Deux régions (Picardie et Aquitaine) ont expérimenté l'application en juin et juillet 2008, avant une généralisation à l'automne 2008 par le biais de trois journées de formation de formateurs réunissant agents des DRASS et des DDASS.

Une approche complémentaire vient désormais compléter ce travail d'enquête à travers le lancement ou le soutien d'études engagées par des grands acteurs du secteur. La CNSA soutient ainsi en 2008 le travail initié par la FEGAPEI avec l'appui du Conservatoire national des arts et métiers sur la constitution des coûts dans les établissements pour personnes handicapées. Le mode de tarification y étant moins cadré que dans le secteur des personnes âgées, le besoin de connaissance y est d'autant plus important.

L'expertise acquise sur le fonctionnement des structures a été mise à disposition de l'administration centrale dans le cadre des chantiers de réforme sur la tarification des établissements, ouverts par la perspective du « 5^e risque ». Toutefois, la CNSA n'ayant pas de compétence d'animation du réseau des services de l'Etat en matière de tarification, elle conduit ces travaux en lien étroit avec la DGAS, qui a élaboré une série d'indicateurs médico-économiques, afin que ces différents exercices s'articulent le plus possible avec l'allocation budgétaire.

La CNSA participe également au comité de pilotage de l'étude sur la tarification des SSIAD, projet conduit par la DGAS, qui doit aboutir à une proposition de calcul des tarifs en fonction notamment de l'état de santé des usagers. Le rapport final doit être produit pour la fin du mois d'octobre 2008.

Cette approche ne pourra toutefois être complète que si ces informations sont mises en perspective avec les évolutions qui affectent l'évolution de la masse salariale, de la démographie, l'évolution de la prise en compte des qualifications et de la technicité et par conséquent le suivi de l'évolution des conventions de branche et des statuts de la fonction publique hospitalière et territoriale. Ce qui n'est pas dans les compétences actuelles de la CNSA.

Des études relatives à l'activité pour améliorer le service offert aux usagers

Les plans nationaux doivent fournir des solutions en nombre mais aussi en qualité suffisante. La mission de suivi de la réalisation des plans nationaux implique de connaître l'activité des structures ainsi financées et le service qu'elles offrent aux usagers. L'objectif des études

qualitatives ainsi lancées par la CNSA est d'apporter aux décideurs (préfets, conseils généraux) un éclairage sur les améliorations, les difficultés rencontrées et les leviers de développement, afin de leur permettre d'appuyer les porteurs de projets.

L'intérêt de ces travaux réside tant dans les résultats qu'ils dégagent que dans le caractère très participatif de la démarche retenue. C'est la réflexion partagée des gestionnaires et des décideurs locaux qui fait de ces études non seulement des outils d'observation de la mise en œuvre mais de véritables outils d'aide à la décision.

Trois types de structures ont concentré l'attention cette année :

- les services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) intervenant auprès des personnes handicapées : nouveaux services intervenant en milieu ordinaire de vie, ils contribuent à la diversification des modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap, pour la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation. Leur déploiement reste encore inégal sur le territoire national. L'étude lancée fin 2007 par la CNSA lui a permis d'inaugurer une méthode de travail. Les travaux, coordonnés par la CNSA avec la DGAS, ont été menés avec le concours des acteurs concernés : représentants des familles et des usagers, gestionnaires et responsables de structures, collaborateurs des directions des affaires sanitaires et sociales, des conseils généraux et des MDPH. Les résultats ont ensuite été validés par les acteurs puis diffusés largement, afin de constituer un outil d'aide à la décision.

- les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) offrent une prise en charge précoce pour laquelle la généralisation du dépistage dans la période pré natale ou péri natale induit une demande plus forte. Cette prise en charge vise le développement des capacités d'autonomie des enfants, la prévention et la réduction de l'aggravation des handicaps, le soutien des familles. L'étude quantitative et qualitative lancée par la CNSA, visait à mieux connaître la capacité d'intervention et la pluridisciplinarité au sein des CAMSP et mesurer leur capacité de réponse aux besoins, pour accompagner le développement de l'offre.

- L'accueil de jour et les structures de répit dans le cadre du plan Alzheimer : le plan Alzheimer annoncé le 1^{er} février 2008 confie à la CNSA le pilotage de la mesure relative au développement des structures de répit. Dans ce cadre une étude qualitative sur les structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire doit permettre de connaître les obstacles au développement mais aussi les conditions du succès de ces structures, au développement desquelles le plan de Solidarité grand âge prévoit d'attribuer des financements importants. Complété par un travail complémentaire sur les formules de répit innovantes et la formulation par l'ANESM de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ce chantier devra aboutir fin 2009 à l'élaboration d'un guide à l'attention des créateurs de structures.

La CNSA a également étendu ses investigations au-delà du strict secteur médico-social pour s'intéresser à l'accompagnement des personnes privées d'autonomie tout au long de la chaîne de prise en charge. Des régions ayant une production importante d'actes infirmiers (AIS) ont exprimé le souhait de mener une étude sur l'analyse territoriale de la production de soins par les infirmiers libéraux, les SSIAD et les EHPAD. L'approche globale des besoins de soins des personnes âgées a ainsi été explorée, à travers l'étude de l'activité infirmière libérale auprès des plus de 75 ans lancée en mai 2008. Cette étude a pour objectif une meilleure compréhension de l'activité de soins dans le cadre d'une analyse globale de la prise en charge des personnes âgées, afin de mieux appréhender les raisons expliquant les choix locaux en matière d'offre de service.

Enfin, la CNSA, membre et financeur du GIP Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) et de son comité d'orientation stratégique, participe aux travaux qui président à l'adoption de recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le secteur et l'évaluation interne et externe de la qualité des établissements et services. Cette nouvelle structure, constituée par la CNSA avec l'Etat et un certain nombre des grandes associations du secteur, est un facteur essentiel pour la diffusion et l'appropriation de la démarche qualité dans le secteur médico-social.

2.3. L'aide à la transformation et l'adaptation du secteur médico-social

La mise à disposition des moyens de fonctionnement, réalisée à travers l'allocation des enveloppes budgétaires de l'ONDAM, ne suffit pas à atteindre rapidement les objectifs fixés par les plans, et ce malgré les progrès permis par les enveloppes anticipées en matière de réduction des délais de réalisation. C'est ce que met en évidence le constat d'écart parfois importants entre places autorisées et places installées, dus notamment aux difficultés des promoteurs à boucler les tours de tables financiers sur l'investissement, à recruter le personnel nécessaire... Parfois, les porteurs de projets ne se présentent pas en nombre suffisant sur un besoin prioritaire à couvrir.

La CNSA a ainsi développé des actions d'accompagnement à la réalisation des projets mais aussi à la transformation de l'offre existante, sur laquelle elle ne dispose toutefois que de peu de leviers pour agir. Elle s'est tout d'abord attachée à faire inscrire dans le PRIAC les besoins d'accompagnement nécessaires à la réalisation des projets prioritaires : investissement, recrutement et formation et identifier les transformations à conduire. Elle a ensuite développé les leviers d'action répondant à ces besoins.

La professionnalisation des personnels en établissements et services médico-sociaux

Le recrutement de personnels qualifiés constitue une des difficultés importantes des responsables d'établissements et services médico-sociaux.

Engagée dans la mise en œuvre du plan des métiers annoncé en février 2008 par la Secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, Valérie Létard, la CNSA a renouvelé pour un an les conventions conclues avec quatre organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) intervenant dans le secteur médico-social, dans l'attente des résultats des expérimentations dans trois régions pilotes (Nord Pas de Calais, Alsace, Centre). (cf. chapitre 4)

Le soutien à l'investissement pérennisé

Après deux plans en 2006 et 2007 d'aide à la modernisation, la CNSA a renforcé en 2008 sa mission d'accompagnement des porteurs de projets sur le volet investissement. L'article 69 de la LFSS 2008 en fait une mission pérenne de la Caisse et étend son champ : les aides peuvent désormais non seulement appuyer la modernisation des places existantes, mais aussi financer l'investissement de places nouvelles.

Les objectifs du plan 2008 s'inscrivent dans la continuité des règles et priorités énoncées pour les plans précédents, auxquelles viennent s'ajouter les conditions de prise en compte de l'ouverture du périmètre d'éligibilité des opérations concernées aux créations de places nouvelles. Il intègre également la dimension de soutien aux opérations exemplaires, de nature à changer l'image de l'institution et à apporter de nouvelles réponses : démarche de projet, intégration dans le tissu rural ou urbain, formes d'habitat nouvelles, conception des espaces privatifs ou collectifs, démarche qualité d'usage des espaces de vie, démarche

HQE,... à ce titre, un projet exemplaire par région peut être soutenu par un taux d'aide bonifié.

Suite à la délibération du Conseil de la CNSA en date du 1^{er} avril 2008, 300 M€ ont été alloués à ce Plan d'aide à l'investissement en 2008 (soit 225 M€ sur le champ personnes âgées et 75 M€ sur le champ personnes handicapées), intégrant le volet de création d'unités adaptées du Plan Alzheimer, annoncé le 1^{er} février 2008, pour un montant de 180M€.

La CNSA ne s'est toutefois pas vu attribuer à ce jour une ressource pérenne pour faire face à cette mission devenue permanente. Le plan est ainsi financé, cette année encore, sur les réserves de la Caisse.

L'accompagnement des transformations comme perspective

L'enjeu de transformation du secteur médico-social est important pour améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Le défi de la modernisation de la prise en charge ne peut être réalisé seulement à partir des places nouvelles. Si le suivi des réalisations et les PRIAC rendent compte de la transformation du secteur par nature et par public, il est également nécessaire d'agir financièrement sur les capacités d'accueil existantes. Pour cela, il faudrait être en mesure de prévoir les évolutions de la structure de la dépense, et en particulier les besoins d'évolution de la masse salariale. Autant de chantiers à ouvrir sur laquelle la CNSA n'a pas à ce jour de compétence.

La CNSA réalise par ailleurs avec la DHOS un travail technique de « suivi des fongibilités ». Il s'agit d'identifier les structures sanitaires transformées en établissement ou service médico-social, afin de transférer les crédits correspondant de l'ONDAM hospitalier pour les inscrire dans l'ONDAM médico-social. Ces opérations, encore peu nombreuses au regard du nombre de places existantes, ont toutefois vocation à se multiplier dans les champs sanitaires pour lesquels les conceptions de la prise en charge des personnes évoluent le plus, à savoir la gérontologie et la santé mentale.

Plus qu'une intervention *a posteriori* de prise en compte budgétaire des transformations, c'est d'un accompagnement dans le mode d'emploi dont les acteurs de terrain ont besoin. Et pas seulement pour faire évoluer des structures du sanitaire vers le médico-social mais aussi au sein du secteur médico-social. Une nouvelle mission est à mettre en place, notamment avec la création des agences régionales de santé (ARS), responsables à la fois du champ hospitalier et du médico-social.

Encadrés bilan 3 ans :

3 ans d'action

La mise en place d'une dynamique pluriannuelle

Le principe d'annualité budgétaire a toujours interdit aux services de l'Etat de connaître le montant des enveloppes disponibles au-delà de l'année en cours et de s'engager vis-à-vis des promoteurs des établissements et services médico-sociaux. Or la phase de conception d'un projet préalable à la demande de financement comme la phase de réalisation de l'équipement et de préparation de l'ouverture des places (notamment le recrutement et la formation des personnels) demandent du temps.

Jusqu'à présent, seule l'annonce d'un plan gouvernemental (plan quinquennal pour les personnes handicapées, plan de solidarité grand âge...) fournissait une perspective pluriannuelle nationale mais celle-ci n'était pas toujours déclinée au niveau local.

La CNSA s'est efforcée de développer une dynamique pluriannuelle en mettant en place plusieurs outils nouveaux :

Les PRIAC : ce sont les outils de programmation pluriannuelle prévisionnelle de l'Etat pour les opérations de création ou de transformation de places en établissements et services répondant aux besoins les plus urgents, donc à financer en priorité. Créés par la loi de 2005, ils ont été développés par la CNSA. Les premiers PRIAC transmis par les préfets à la CNSA en avril 2006 ont été élaborés sur 3 ans ; la programmation a été étendue à 5 ans en 2007.

Les enveloppes anticipées : ce nouveau mécanisme de notification permet de répartir par anticipation au cours de l'année N des enveloppes financières qui ne seront consommées qu'à partir des années N+1 et N+2. Une partie de l'enveloppe 2007 a ainsi pu être répartie entre les régions dès le second semestre 2006, permettant aux préfets de délivrer des autorisations à des porteurs de projets qui ont ainsi pu commencer des travaux plus tôt. Ce dispositif améliore la visibilité pluriannuelle sur les financements des services de l'Etat et des promoteurs et doit permettre d'accélérer la mise en œuvre des plans nationaux. En février 2007, respectivement 30% et 20% des enveloppes de mesures nouvelles 2008 et 2009 ont ainsi été réparties par anticipation. En 2008, le volume des enveloppes anticipées a été augmenté significativement pour être porté à 40% des créations de places prévues pour 2009 et 2010. Ce sont donc désormais environ 80% des crédits d'une année qui seront alloués de manière anticipée.

3 ans d'action

L'aide à l'investissement : d'une mesure exceptionnelle à une mission pérenne

L'investissement des structures médico-sociales n'a jamais bénéficié d'une aide publique importante. Les promoteurs pouvaient solliciter les crédits apportés par les contrats de plan Etat-régions (30 à 40 millions d'euros par an) ainsi que des aides des Conseils généraux, et des caisses de sécurité sociale.

Les excédents de l'année 2005, première année d'exercice de la CNSA, ont inspiré la mise en œuvre d'un plan d'aide à la modernisation des établissements médico-sociaux.

Autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2006, ce plan répondait à trois enjeux :

- rénover le parc d'hébergement et d'accueil (mises aux normes techniques, réhabilitation, reconstruction) ;
- adapter les locaux pour une meilleure qualité de service ;
- générer un effet de levier financier et réduire l'impact économique des opérations d'investissement sur les usagers.

Le plan 2006 a été doté de 500 M€ affectés à 70% pour les personnes âgées et 30% pour les personnes handicapées.

La LFSS 2007 a reconduit la possibilité pour la CNSA de soutenir, dans les mêmes conditions, des opérations d'investissement en 2007, à hauteur de 184,9 M€ avec la même clé de répartition et les mêmes axes prioritaires.

Les préfets de régions ont la responsabilité de proposer les opérations éligibles dans le cadre d'une enveloppe régionale déterminée par la CNSA en application de critères populationnels (35%), d'équipement (50%) et de potentiel fiscal (15%).

Ces deux plans 2006 et 2007 d'un montant total de 684,9M€ ont permis de financer 976 dossiers correspondant à un coût total de travaux de 3,393 milliards d'euros.

	2006	2007
Personnes âgées	422 projets	177 projets
Personnes handicapées	242 projets	135 projets

La LFSS 2008 pérennise la mission de la CNSA en matière d'aide au financement des opérations d'investissements (modernisation et créations de places) dans le secteur médico-social financé en tout ou partie pour l'assurance maladie. Le plan 2008 est doté de 300 M€.

3 ans d'action

L'animation du réseau des services déconcentrés

La CNSA ne dispose pas de correspondants territoriaux propres pour mettre en oeuvre les missions confiées par la loi. Pour le domaine des établissements et services médico-sociaux, elle s'appuie sur un échange direct et permanent, de type fonctionnel, avec les services déconcentrés de l'Etat (DDASS et DRASS) sous l'égide des préfets, prévu par la COG.

Les modalités et outils de cet échange sont :

- **un extranet**, en fonctionnement depuis 2007 et dont la refonte en profondeur pour 2009 doit en faire un véritable espace de travail collectif ;
- **un échange technique global sur la programmation médico-sociale** dans l'allocation budgétaire chaque année entre octobre et décembre, avec chaque collège des directeurs de DDASS et DRASS (CTRI), afin d'identifier les priorités dégagées, les difficultés ou retard de mise en oeuvre et les besoins d'appui ;
- **des journées techniques interrégionales à visée pratique** à l'adresse des cadres et tarificateurs, selon les besoins. Elles ont porté en 2008 sur l'appropriation du suivi budgétaire REBECA ;
- **des groupes de travail** thématiques ou méthodologiques pour croiser les expériences de terrain ;
- **2 réseaux de correspondants PRIAC et correspondants PAI** (Plan d'aide à l'investissement) sont en place pour une animation suivie sur ces questions, depuis 2007 ;
- **un ensemble de tableaux de bord** produits par la CNSA qui constituent la base évolutive du dialogue itératif entre le niveau local et le niveau national, pour conduire la gestion de l'OGD médico-social.

Encadrés :

Notification-programmation-réalisation : chronologie d'une année

15 février : notifications aux préfets de département des crédits votés en LFSS (crédits de l'année) et des enveloppes anticipées sur les deux années suivantes : ces notifications sont définitives sur les moyens de reconduction, indicatives pour les mesures nouvelles. La répartition s'appuie sur les priorités définies dans les PRIAC.

30 mars : retour des préfets de région sur la proposition de répartition départementale des crédits faite par la CNSA

Mars : restitution au Conseil du bilan des réalisations du 1^{er} semestre de l'année précédente – à partir de 2009 : sur toute l'année précédente

30 avril : notifications définitives des places nouvelles par la CNSA – remontée des PRIAC à la CNSA

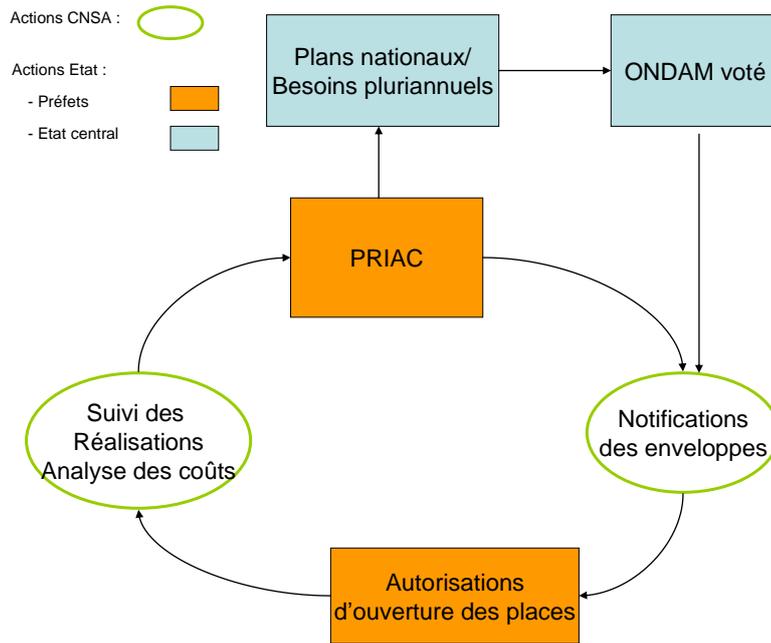
Mai-juin : synthèse des PRIAC, permettant d'éclairer les besoins de financement à 5 ans

Juillet : restitution au Conseil sur le bilan des réalisations de l'année précédente. Présentation de la synthèse des PRIAC

Octobre : remontée vers la CNSA de l'enquête sur les crédits engagés

Octobre-décembre : échanges techniques avec les DDASS-DRASS autour des PRIAC

Le cycle programmation-notification-suivi des réalisations



Chapitre 3 : Accueil et évaluation des besoins des personnes

Accompagner les maisons départementales des personnes handicapées dans l'exercice de leur mission

Accueillir, informer, évaluer, orienter, suivre les personnes ayant des besoins d'aide à l'autonomie : au cœur du droit à compensation se niche l'exigence d'une voie nouvelle pour marier deux impératifs, une gestion de proximité et une garantie d'universalité.

La proximité, c'est l'exigence d'une mise en relation, d'un dialogue entre la personne et une équipe pluridisciplinaire pour prendre en compte le projet et l'environnement de vie dans l'évaluation des besoins d'aides. Elle se traduit par la responsabilité propre des Présidents de Conseils généraux sur les MDPH et la présence des associations en leur sein.

Ce choix de la proximité doit cependant rester compatible avec l'exigence de l'universalité de la solidarité collective dont est garante la CNSA, et qui correspond à une aspiration forte de l'opinion.

Vouloir construire une CNSA pour agir à la place des départements ou pour les contrôler serait faire fausse route. Car l'impératif d'équité se vit d'abord dans chaque département et n'est pas l'apanage de la seule dimension nationale. Et il appelle des réponses qui, tout en respectant une loi commune, puissent être réellement adaptées à toute situation et à chaque contexte.

L'accès de chacun à une évaluation de ses besoins et à un dispositif lui apportant une réponse personnalisée, grâce à la mobilisation d'aides de natures diverses (financières, humaines, techniques) ou à l'orientation vers les structures adaptées, est au cœur du nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie.

En créant les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), la loi du 11 février 2005 en a confié la responsabilité aux départements sous la forme d'un groupement d'intérêt public. Leurs missions sont au nombre de huit : information ; accueil et écoute ; aide à la définition du projet de vie ; évaluation ; élaboration du plan de compensation ; décisions d'attribution ou d'orientation ; suivi de la mise en œuvre de la décision ; accompagnement et médiation.

La CNSA est chargée de veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire de tous nos concitoyens en situation de handicap dans le respect de l'autonomie de chaque Conseil général. A cette fin, elle dispose de deux leviers d'action :

- un concours financier versé aux Conseils généraux pour le fonctionnement des MDPH et subordonné à la conclusion d'une convention (cf. encadré).
- l'échange d'expériences et d'informations entre les MDPH notamment par la diffusion des bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins.

Depuis 2005, la CNSA a ainsi conçu et utilisé différents outils d'animation pour appuyer les départements dans l'installation et le fonctionnement des MDPH. En 2008, cette action s'est développée selon six axes principaux.

3.1. La structuration du réseau des partenaires

Parce que les MDPH sont des dispositifs nouveaux et très innovants, la CNSA, pas plus qu'aucun autre acteur, ne disposait, en 2005, de solutions prêtes à l'emploi. Le processus de mise en place s'est nourri des expériences échangées par les unes et les autres sur leurs missions, les actions à conduire pour répondre à leurs objectifs, leurs réussites et leurs

difficultés. L'installation des MDPH a ainsi été concomitante à la constitution d'un réseau d'échanges mutuels.

Les nouveaux outils de l'animation des acteurs locaux :

Chargée d'animer ce processus d'échanges d'information et de diffuser les pratiques, la CNSA a poursuivi en 2008 ce travail de fond. Tout en prolongeant le mode de travail proposé aux MDPH depuis 3 ans (cf. encadré), elle a introduit cette année quelques innovations.

Elle a ainsi organisé un « salon du logiciel des MDPH ». Une centaine de visiteurs de près de 50 départements sont venus y rencontrer neuf éditeurs de logiciels de gestion administrative, d'appui à la dématérialisation des documents ou d'infocentre ainsi que les MDPH ayant elles-mêmes conçu des outils originaux.

La journée annuelle des directeurs, en juin, a été l'occasion d'une restitution de travaux conduits dans une série d'ateliers interdépartementaux organisés en mai et juin dans différentes villes sur les modalités pratiques de mise en place des missions de la MDPH. Trente d'entre elles se sont mobilisées dans ces ateliers pour présenter leurs réalisations (facteurs clés de succès, outils élaborés...) dans huit domaines (la place de l'utilisateur, l'accueil et l'information, l'évaluation et le plan personnalisé de compensation, l'effectivité des décisions...)

La CNSA a enfin initié en septembre en direction des coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires une série de rencontres régulières d'échanges de pratiques.

La formalisation au niveau local de trois réseaux de partenaires

Afin d'assurer leur rôle de « guichet unique » de l'accompagnement et de rendre le parcours des usagers plus simple, les MDPH doivent construire des relations au niveau local avec de nombreux acteurs institutionnels. La CNSA a ainsi mis l'accent en 2008 sur la structuration du réseau des partenaires naturels des MDPH, devant déboucher sur une simplification et une dématérialisation des échanges :

- Avec les services de l'Education nationale : des journées interrégionales ont été co-animées par la CNSA, la DGAS et le ministère de l'Education nationale dans 6 régions entre mars et avril 2008. Elles ont permis de présenter aux inspecteurs d'académie, aux DDASS et aux MDPH une lecture commune des enjeux de la scolarisation des élèves handicapés et d'échanger sur les procédures et pratiques à développer.
- Avec les acteurs de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés : les résultats des deux expérimentations lancées en 2007 et co-financées par la CNSA seront prochainement diffusés pour éclairer les pratiques dans l'un des domaines d'activité les plus fournis des MDPH (les décisions de reconnaissance de travailleurs handicapés et d'orientation représentent près de 30% des décisions). Le partenariat avec l'AGEFIPH va alimenter un travail similaire à conduire avec le nouveau Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPH-FP).
- Avec les caisses d'allocations familiales, qui ont une importante fonction de payeur des prestations attribuées par les MDPH (allocation adultes handicapés, allocation d'éducation de l'enfant handicapé), des réflexions sont engagées pour simplifier les échanges et évaluer la possibilité de leur dématérialisation.

3.2. La poursuite de la formation des professionnels des MDPH

La formation des agents des MDPH s'est avérée d'emblée un enjeu majeur pour que soit mise en œuvre la loi du 11 février 2005, dont les innovations sont tant techniques que culturelles. Pour répondre aux besoins qu'elle avait recensés, la CNSA a apporté une réponse en deux temps en 2006 et 2007 :

- les formations dispensées par des formateurs-relais recrutés par ses soins ont déjà bénéficié à 390 personnes, travaillant dans 40 MDPH. Elles se poursuivent en 2008 sur des thèmes prioritaires comme l'allocation aux adultes handicapés afin d'accompagner le plan gouvernemental sur le pilotage de cette allocation.

- l'enjeu étant de démultiplier les capacités de formation, la CNSA a conçu en 2007 un processus de référencement des formations proposées par les organismes de formation, pour garantir leur adaptation aux besoins exprimés. Deux thèmes ont été ajoutés en 2008 aux quatre déjà traités : la commission des droits et de l'autonomie et le plan personnalisé de compensation.

La convention signée en novembre 2007 entre la CNSA et le CNFPT a permis le déploiement du dispositif de formation des MDPH dans un cadre partenarial. Le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) participe à la commission de référencement et intègre les formations référencées dans son catalogue de formations.

3.3. L'appui au fonctionnement des MDPH : développement des moyens humains et financiers, appui à l'informatisation

Par ses échanges continus avec les responsables des MDPH et les réponses juridiques ou pratiques qu'elle s'efforce de leur apporter ou de construire avec eux, la CNSA peut apporter son expertise aux services ministériels sur l'évolution nécessaire de certaines règles.

Elle a ainsi activement participé au groupe d'appui technique sur les MDPH mis en place en février dans le cadre de la préparation de la conférence nationale du handicap du 10 juin 2008. Celui-ci a notamment pointé les difficultés récurrentes liées à la gestion des mises à disposition des personnels des services de l'Etat. Les difficultés constatées dans le versement des crédits correspondants à des postes non pourvus ont également été soulignées.

L'analyse des budgets des maisons départementales

Constitutrice importante au budget de fonctionnement des MDPH, la CNSA a pris en compte des difficultés financières signalées par les départements en augmentant le concours qu'elle leur verse, qui est ainsi passé de 20M€ en 2006 à 30 M€ en 2007. Ce montant avait été complété la même année par un concours exceptionnel de 20 M€, pour financer notamment les dépenses liées à l'informatisation.

Le Conseil de juillet 2008 a consenti un nouvel effort en décidant de porter le montant du concours pérenne à 45M€ par an. Cette décision a pu être prise au vu d'un travail important d'analyse des budgets des MDPH (*cf. chapitre 1*).

Vers un système d'information partagé

L'enjeu des systèmes d'information pour les MDPH est non seulement de se doter de logiciels capables de gérer l'accueil, l'évaluation, les demandes et décisions de prestations et orientations des personnes (notamment la prestation de compensation du handicap), mais aussi de mettre en place un système qui permette de consolider au niveau national, de façon automatisée, des données anonymisées, intégrant les besoins du pilotage local.

L'appui apporté par la CNSA à ce projet concerne les deux aspects.

Elle a donc complété le dispositif de maintenance des logiciels actuels en concluant notamment une convention avec les ministères de l'éducation nationale et du travail destinée à garantir aux MDPH un accès aux applications OPALES et ITAC, un support technique et des perspectives de reprise des dossiers vers les nouveaux logiciels.

En ce qui concerne le partage d'informations, la CNSA a entrepris une vaste consultation des départements et des MDPH dans le but de recueillir les attentes et besoins en termes de pilotage des politiques. L'objectif est de s'assurer que, quelles que soient les problématiques propres à chaque département, le partage des informations réponde aux besoins des différents acteurs et administrations concernés, et cela aux différents niveaux territoriaux (départemental, régional, national).

Pour 2008, en attendant la mise en place du système d'information partagée, la CNSA a préparé une version dite « V0 » du futur système, alimentée avec les données disponibles actuelles des MDPH.

3.4. La construction et la diffusion d'une culture de participation des usagers

Le principe de participation des usagers, inscrit au cœur de la loi de 2005, a fondé les modes de travail de la CNSA qui s'attache à associer les associations représentatives aux réflexions sur la qualité de service.

Les premiers outils mis à disposition des MDPH en décembre 2005 ont ainsi été élaborés après un travail réalisé avec les associations qui ont exprimé leurs principales attentes à l'égard des futures maisons départementales. Cette démarche participative au plan national prolonge l'esprit de partenariat au plan local que fait vivre la présence des représentants associatifs au sein des différentes instances du GIP. Elle trouve sans cesse de nouvelles formes.

La refonte des formulaires de demande auprès de la MDPH

Un groupe de travail comprenant 18 MDPH, 18 associations, la CNAF, la MSA et les services ministériels a élaboré au premier semestre 2008 un projet de refonte des formulaires créés en 2006 en vue de les simplifier. Un test national s'est déroulé pendant l'été 2008 (4600 exemplaires diffusés). Les observations recueillies auprès des MDPH et des associations guideront la mise au point des nouveaux modèles qui devraient être mis en service en janvier 2009.

La mesure de la satisfaction des usagers

Dès janvier 2007, dans le cadre de la signature des conventions d'appui à la qualité de service, la CNSA a proposé un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers des MDPH. Ce dispositif, lancé en mai 2007, est aujourd'hui utilisé par la moitié des maisons départementales.

Après avoir conçu la démarche et accompagné sa mise en place, la CNSA finance le dépouillement des questionnaires, l'analyse et le suivi des résultats pour le compte des MDPH concernées. Comme il s'agit d'un outil local de pilotage de la maison départementale, destiné à sa commission exécutive, la CNSA a fait le choix de ne pas faire remonter au niveau national le contenu des résultats locaux. C'est la condition de la confiance des acteurs locaux dans cet outil.

La CNSA doit toutefois en soutenir la dynamique. En mai 2008, elle a ainsi réuni un groupe de travail, constitué de sept représentants des associations et de sept directeurs de MDPH, pour réfléchir à l'évolution du dispositif actuel à partir d'une enquête auprès des intéressés sur le terrain.

Le développement d'une culture partagée

L'importance du changement culturel dont la loi du 11 février 2005 est porteuse impliquait de trouver des méthodes de formation allant bien au-delà des aspects techniques, et surtout rassemblant tous les acteurs concernés (professionnels de la MDPH, membres de la CDAPH et associations). Cela a conduit la CNSA à imaginer une formation-action appelée « *Rencontres pour une culture partagée* », dont le prototype a été testé en septembre 2007 avec cinq MDPH d'Ile de France. Au cours d'une journée entière, il a ainsi été proposé à 235 participants, professionnels et usagers des MDPH, d'inverser les rôles, au travers d'exercices de mise en situation. Cette journée a permis la création d'outils pour le déploiement de ces rencontres dans d'autres régions. Une journée de rencontres de culture partagée a été organisée en Guadeloupe en juillet 2008 ; quatre départements de l'Est de la France en ont programmé une pour le début 2009. La CNSA, en partenariat avec le CNFPT, accompagne les départements intéressés dans la conception, l'organisation et l'animation de ces journées de rencontres.

3.5. L'approfondissement d'une expertise sur l'évaluation des besoins des personnes, au service des équipes locales

Parmi les changements portés par la loi, l'évaluation des besoins des personnes est sans aucun doute l'un des plus importants qu'il est demandé aux équipes des MDPH de mettre en œuvre. L'objectif de l'évaluation est bien d'identifier l'ensemble des besoins d'une personne, compte tenu de sa situation et en fonction de son projet de vie, afin d'aboutir à la meilleure adéquation entre les réponses apportées et les besoins identifiés. Il ne s'agit pas simplement d'accorder une prestation. L'évaluation est pluridisciplinaire et nécessite la collaboration de plusieurs professionnels autour d'une même personne ; elle débouche sur l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation qui ne s'arrête pas aux seules décisions de la CDAPH. La mission confiée par la loi à la CNSA en matière d'expertise technique, d'élaboration de référentiels nationaux d'évaluation et de fourniture des méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation apparaît ainsi prioritaire.

Ouvert dès 2006 avec la diffusion auprès des MDPH du guide d'évaluation multidimensionnel (GEVA), le chantier de l'évaluation porté par la CNSA n'a cessé de s'enrichir de nouveaux travaux.

L'accompagnement à l'appropriation du GEVA

Début 2006, les MDPH disposaient d'une première version du GEVA, dont l'utilisation n'avait pas encore été rendue obligatoire. L'aboutissement des nombreux travaux d'expertise engagés autour de cette première version a permis d'améliorer l'outil et d'aboutir à une version stabilisée auquel un décret et un arrêté du 6 février 2008 ont donné force réglementaire.

L'appropriation de cet outil dans le cadre de la mise en place d'une démarche d'évaluation est désormais un enjeu essentiel pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH.

C'est pourquoi la CNSA a élaboré et diffusé en mai 2008 un manuel d'utilisation du GEVA. Le dispositif de formation a été orienté prioritairement sur cette problématique tant du côté

des formateurs relais que des thèmes de référencement des formations proposées par les différents organismes. L'accent nouveau mis sur l'animation directe du réseau des coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires, sous la responsabilité des directeurs de MDPH, complète cet effort.

La CNSA a également été chargée, par le décret du 6 février 2008 d'établir, dans le délai d'un an, un bilan de l'utilisation du GEVA par les MDPH.

Pour atteindre ces objectifs, la CNSA est chargée d'animer un "**comité de suivi de l'appropriation du GEVA**", qui prend la suite du comité de pilotage initial, dans une composition élargie.

Ce comité, qui se réunit tous les deux mois depuis avril 2008, est chargé de veiller à la compréhension de cet outil par les professionnels concernés, tant au sein des MDPH que chez leurs partenaires externes, de suivre la manière dont les équipes pluridisciplinaires se l'approprient, de piloter des actions de nature à favoriser cette appropriation (formations, promotion et développement d'instruments, illustrations concrètes,...), de proposer les évolutions souhaitables, et de rédiger le rapport à remettre au ministre chargé des personnes handicapées.

Plusieurs chantiers complémentaires à l'élaboration du GEVA ont été ouverts pour améliorer les pratiques d'évaluation.

Il s'agit d'appuyer les équipes dans l'appréciation des capacités fonctionnelles des personnes, en leur fournissant un « guide de cotation des capacités déterminant l'éligibilité à la prestation de compensation » en mars 2009, à l'issue des tests conduits sur le terrain. Il faut également leur permettre de s'appuyer sur des éléments d'évaluation recueillis par tout autre professionnel ayant déjà eu à connaître de la situation d'une personne (équipes d'accompagnement en établissement ou service, équipes de soins en structure sanitaire...). Des démarches dites de « GEVA compatibilité », soutenues par la CNSA, explorent les différents outils d'évaluation utilisés par ces partenaires et leur lien avec le GEVA, ainsi que les processus informatiques nécessaires pour faciliter cette mutualisation de l'information.

L'informatisation du GEVA enfin est un enjeu important pour faciliter son utilisation par les équipes. Répondant à ce constat, mis en évidence par la commission spécialisée du Conseil scientifique de la CNSA, un projet d'informatisation est actuellement conduit et une première version d'un logiciel de l'outil « GEVA » sera mise à disposition des équipes des MDPH début 2009.

L'approfondissement des fondements scientifiques de l'évaluation

Le Conseil scientifique de la CNSA s'est saisi très tôt de la nécessité d'asseoir les pratiques d'évaluation sur une démarche et une réflexion scientifique. Après une réflexion approfondie en 2007 sur le champ de l'évaluation et le recensement des travaux conduits sur cette question, à travers une analyse bibliographique, plusieurs études ont été lancées par la CNSA, pour améliorer la connaissance des pratiques. Elles ont été conçues dans une approche transversale, s'intéressant autant au domaine des personnes handicapées que des personnes âgées.

Une première enquête sur 11 outils et démarches d'évaluation, existants ou en cours de développement, conduite auprès des concepteurs ou utilisateurs de ces outils, a été lancée dès fin 2007.

Au-delà des outils, les pratiques et la fonction d'évaluation doivent être décryptées. Une large étude de terrain analyse les pratiques d'évaluation auprès des acteurs locaux chargés de cette fonction. Elle s'intéresse également à la perception qu'ont les professionnels eux-

mêmes de leur fonction. Cette étude doit déboucher sur des propositions d'accompagnement des professionnels et sur la création d'un guide « repère » sur les pratiques fin 2008-début 2009.

Enfin, une troisième étude s'intéresse à la perception des usagers. Elle consiste à recueillir la parole des usagers sur leur vécu de l'entretien d'évaluation. Elle conclura par des recommandations aux utilisateurs et promoteurs de démarches.

Ces différents travaux feront l'objet d'une communication lors du colloque scientifique organisé sur le thème de l'évaluation en février 2009. L'objectif de ces premières rencontres scientifiques de la CNSA est de croiser les points de vue des scientifiques, professionnels, usagers et décideurs. En effet l'expertise attendue de la CNSA en matière d'évaluation, s'adresse, au-delà des seuls acteurs publics, à l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la compensation de la perte d'autonomie, y compris dans le secteur des assurances.

Les spécificités de l'évaluation du handicap psychique

La loi de 2005 a précisé que les altérations des fonctions psychiques sont bien des sources de handicap. Les personnes handicapées psychiques sont donc concernées par les différentes dispositions de la loi. Toutefois, l'évaluation de leurs besoins se heurte souvent à des difficultés liées aux particularités de leurs troubles.

Une réflexion spécifique est conduite par la CNSA sur cette question.

- un premier travail explore l'articulation entre les équipes de soins qui accompagnent au quotidien, dans les secteurs de psychiatrie, les personnes souffrant de pathologies mentales au long cours et les équipes pluridisciplinaires des MDPH. Il associe quinze MDPH et autant d'équipes de secteur de psychiatrie ;
- le second projet expérimente dans 5 départements la mise en place d'équipes spécialisées d'évaluation du handicap psychique. Il s'agit de formaliser, en lien avec les missions et l'activité des MDPH, les modalités éthiques, organisationnelles et opérationnelles de l'évaluation du handicap psychique par ces équipes.

3.6. Les perspectives de convergence PA-PH

La mission confiée par la loi à la CNSA d'échange d'expériences entre les départements concerne explicitement le champ de l'accueil, l'information, l'évaluation des personnes handicapées. Un modèle institutionnel original d'une agence nationale d'appui à la mise en œuvre de politiques décentralisées, dans un objectif d'égalité de traitement, a progressivement été dessiné par la CNSA. Ce schéma, qu'elle a ainsi pu construire avec les Conseils généraux sur une base légale et conventionnelle dans le champ de la politique du handicap, n'a pu être étendu de façon systématique à l'accompagnement des départements sur la politique en direction des personnes âgées.

La pertinence d'un tel prolongement de la mission de la CNSA a pourtant été soulignée par les Conseils généraux qui ont consacré 10% de leurs demandes d'appui auprès de la CNSA, exprimées dans les conventions d'appui à la qualité de service, aux dispositifs de convergence entre personnes âgées et personnes handicapées. Son Conseil a par ailleurs dessiné les perspectives de cette convergence dans le cadre de la réflexion sur la construction d'un nouveau champ de protection sociale consacrée à l'aide à l'autonomie.

La CNSA a ainsi commencé à définir en 2008 cette offre d'appui complémentaire à l'attention des Conseils généraux volontaires.

La mise en œuvre du plan Alzheimer, annoncé par le Président de la République le 1^{er} février 2008, en est la première occasion, puisque la CNSA s'est vue confier

l'accompagnement de la création des « Maisons de l'autonomie et de l'intégration des malades d'Alzheimer ». Elles doivent être, pour les malades d'Alzheimer et leurs familles, une porte unique d'accès aux soins et à un accompagnement social adapté. La CNSA a joué un rôle essentiel pour l'élaboration de l'appel à candidatures qui permettra de sélectionner à l'automne 2008 une quinzaine de projets expérimentaux.

Les premiers travaux gouvernementaux relatifs à la construction du « 5^e risque » ont esquissé la perspective de « maisons départementales de l'autonomie », pour faciliter les démarches des usagers dans un lieu unique et quel que soit leur l'âge. La CNSA se propose d'accompagner quelques départements volontaires dans l'expérimentation du rapprochement de leurs dispositifs d'accueil et d'évaluation de l'ensemble des personnes en perte d'autonomie.

Encadrés bilan 3 ans

3 ans d'action

Les outils d'animation du réseau des MDPH

En trois ans, la CNSA a conçu et fait vivre plusieurs outils, qui se complètent, pour apporter aux départements un appui aux MDPH :

- **Les déplacements en départements** : depuis 2005, les équipes de la CNSA sont allées à la rencontre des services de l'Etat et des Conseils généraux, puis des équipes des MDPH, dans tous les départements. D'abord généralistes, ces déplacements sont désormais davantage centrés sur des thèmes de travail spécifiques (GEVA, budget...).

- « **Infos réseau MDPH** » : cette lettre électronique diffusée tous les 15 jours depuis avril 2006 informe les responsables des MDPH de l'actualité : groupes de travail, événements relatifs au secteur... Véritable bulletin de liaison, elle s'attache à rendre compte de l'actualité « en marche », en s'autorisant à diffuser une information quelquefois non définitive.

- **Les jeudis pratiques de la compensation** : il s'agit d'une invitation ouverte aux professionnels des MDPH, sur un rythme mensuel (en général le 1^{er} jeudi du mois), autour d'une thématique. Les participants échangent sur leurs pratiques et identifient les difficultés. Un compte-rendu est diffusé à toutes les MDPH, développant les « bonnes pratiques » ou signalant d'éventuels écueils dans les procédures.

- **L'extranet** : ouvert en juillet 2006, il est accessible aux services avec lesquels la CNSA est en relation permanente : les MDPH et les Conseils généraux, comme les services de l'Etat. Il permet de mettre à disposition de façon pérenne des documents de référence, des comptes-rendus de réunions,... Sa rubrique de questions-réponses apporte aux MDPH les informations juridiques nécessaires à la mise en œuvre de la réforme.

- **Les rencontres nationales des directeurs de MDPH** : elles sont organisées deux fois par an, en juin, et en décembre, en collaboration avec l'Assemblée des départements de France.

- **Les ateliers techniques interdépartementaux** : ils sont organisés dans un département autour d'une thématique et nécessitent plusieurs séances de travail, avant de pouvoir donner lieu à une restitution.

3 ans d'action

Des systèmes ITAC et OPALES à un système d'information propre aux MDPH

Les commissions (CDES et COTOREP) qui existaient antérieurement à la mise en place des MDPH disposaient de 2 logiciels pour gérer les dossiers de demandes des personnes handicapées, ITAC (pour les adultes) et OPALES (pour les enfants), développés par les ministères de tutelle

Malgré des évolutions fonctionnelles leur permettant de faire face dans l'immédiat aux modifications réglementaires issues de la loi de 2005 (et notamment la mise en place de la PCH) aucun de ces deux logiciels ne permet, de manière satisfaisante, de venir en support des missions nouvelles des MDPH.

La CNSA, en accord avec l'ensemble des directions centrales de l'Etat, s'est mise, dès fin 2005, en situation d'accompagner les départements et les MDPH dans leur processus de

migration vers de nouveaux logiciels mieux adaptés aux besoins d'une gestion décentralisée des dossiers de prestations.

Outre l'appui technique et juridique qui l'a conduit à assurer la maintenance des logiciels existants pendant la phase intermédiaire et apporter son expertise sur la préparation des textes réglementaires, la CNSA s'est surtout fortement investie auprès des MDPH dans la préparation des solutions de demain :

- par l'élaboration d'un document de spécification des règles de gestion applicables aux traitements des dossiers largement diffusé aux MDPH et aux éditeurs de logiciels ; un « salon des logiciels de MDPH », organisé à la CNSA en janvier 2008, a permis de faire mieux connaître l'offre disponible ;
- par l'abondement en 2007 du concours financier versé aux départements pour les aider à faire face aux dépenses exceptionnelles d'informatisation.

Dès 2007, des MDPH ont pu s'équiper de logiciels répondant au mieux à leurs attentes. A la fin du mois de juin 2008, une trentaine de MDPH avaient ainsi basculé la gestion des dossiers adultes (et éventuellement celle des enfants) vers un nouveau logiciel et trentes autre déclarent avoir un projet de mise en opération d'un nouvel applicatif d'ici la fin de l'année. Les logiciels ITAC et OPALES pourront ainsi être arrêtés au 31 décembre 2009, sans préjudice pour la gestion des dossiers des personnes handicapées en situation de demande d'une prestation ou d'une orientation.

3 ans d'action

Cent conventions départementales au service de l'égalité de traitement

Aux termes de l'article L 14-10-7 du CASF, la CNSA conclut avec chaque département une convention « *visant à définir des objectifs de la qualité de service pour la maison départementale des personnes handicapées et à dresser le bilan de réalisation des objectifs antérieurs* ». Cette convention est un véritable outil au service de l'égalité de traitement sur le territoire. Elle est, en outre, indispensable au versement du concours de la CNSA au titre du fonctionnement des MDPH et fonde les échanges d'informations.

Le processus conventionnel

Le Conseil de la CNSA a posé en janvier 2006 le principe d'un rapport d'activité annuel du président du Conseil général, et approuvé, en juillet, à l'unanimité, le cadre général des conventions à l'issue d'une concertation avec l'Assemblée des départements de France.

A l'automne 2006, cent réunions ont été programmées pour préparer avec chaque Conseil général sa convention. Signées tout au long de l'année 2007, elles intègrent les demandes exprimées par les départements d'une collaboration technique avec la CNSA.

Les indicateurs d'activité

Les conventions prévoient et autorisent un dispositif d'échange d'information. Il est fondé sur le principe de la mise à disposition de chaque département d'une image de sa situation comparée à celle des autres, dans un souci de pilotage local.

Cet objectif de consolidation des données d'activité au niveau national à des fins d'utilisation locale guide l'élaboration du système d'information partagé et de son support informatique. Dans l'attente de ce dispositif cible, les échanges d'information ont lieu chaque année. Ils sont initiés par l'envoi par la CNSA aux MDPH des données d'activité collectées dans ITAC et OPALES pour validation et s'achèvent, après une série d'allers-retours, en octobre par la présentation au Conseil de la CNSA de la synthèse des rapports d'activité des Présidents de Conseil général (cf. annexe).

Chapitre 4 : Aides techniques et aides humaines

Améliorer l'accès aux solutions de compensation pour l'autonomie

Penser en termes de compensation de la perte d'autonomie ou d'aide à l'autonomie, c'est concevoir et réussir un accompagnement personnalisé, selon le projet de vie de la personne.

Il faut pour cela une offre de biens et de services dans tous les lieux de vie, c'est-à-dire aussi bien pour les services apportés à domicile par un aidant familial ou professionnel que pour les besoins d'autonomie en établissement, en hébergement temporaire, ou dans toute autre situation.

Il faut pour cela que toutes les aides techniques existantes puissent être mobilisées, mais également anticiper les évolutions technologiques et exercer une veille créative pour penser les aides de demain. En mobilisant le concours des associations et des départements comme d'experts scientifiques et techniques, la CNSA cherche à ce que le « marché » des aides techniques soit mieux structuré et mieux connu.

Veiller à la qualité des aides humaines passe par une ambition partagée de créations d'emplois et d'élaboration de qualifications et de métiers nouveaux au service des personnes ayant besoin d'une aide à l'autonomie.

Tout un ensemble de missions que la CNSA cherche à coordonner et à développer depuis trois ans.

4.1. Favoriser la transparence de l'offre d'aides techniques

Dans ce domaine, la CNSA est intervenue de trois manières :

- en cherchant à acquérir une expertise de ce marché ;
- en favorisant des échanges entre les utilisateurs et les producteurs d'aides techniques ;
- en diffusant la connaissance acquise auprès du public concerné.

L'acquisition d'une expertise aujourd'hui reconnue et sollicitée

Pour acquérir une connaissance du marché des aides techniques, la CNSA a lancé des travaux préliminaires, telles que des enquêtes sur le marché et les prix des fauteuils roulants, audioprothèses et aides à la communication visuelle ou l'étude prospective sur les technologies de l'autonomie, cofinancée avec l'Agence nationale de la recherche (ANR)

Ces travaux ont donné à la CNSA une expertise qu'elle est la seule institution publique à posséder et qui est désormais fréquemment sollicitée. Membre du Comité économique des produits de santé (CEPS) avec voix consultative, elle a ainsi été amenée à conduire un travail de réflexion sur l'impact de la mise en place de la nouvelle nomenclature modulaire des véhicules pour personnes handicapées, en partenariat avec le centre d'étude et de recherche sur l'appareillage des handicapés (CERAH) du ministère de la Défense. La CNSA a également été mobilisée en 2008, par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie à l'occasion de son rapport sur les dispositifs médicaux. De même, elle a été auditionnée pour différents travaux, comme le rapport de Mme la députée Poletti sur « Les apports de la science et de la technologie à la compensation du handicap » fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques et rendu public en juillet 2008.

La mise en place d'un dialogue permanent entre les acteurs au sein de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques

Installé en juin 2007, l'Observatoire mis en place par la CNSA et présidé par M. Eric Molinié s'est donné un programme de travail dont l'objet est d'améliorer la connaissance du marché.

Les travaux initialement focalisés sur trois catégories d'aides techniques (fauteuils roulants, prothèses auditives et aides à la communication pour déficients visuels) se sont récemment étendus à l'étude du marché des technologies de l'information et de la communication (TIC), et plus particulièrement la téléassistance.

Les différents groupes de travail s'attachent à réunir les données nationales et européennes sur ces différents marchés. Le comité de rédaction de l'Observatoire est ensuite chargé de les diffuser (vérification de la pertinence des données et des sources, vecteurs de communication...). Une étude comparative européenne sera ainsi lancée fin 2008, pour venir compléter les éléments d'analyse.

Des outils sont par ailleurs en cours de conception pour faciliter les démarches des différents acteurs et des usagers dans leur acquisition d'une aide technique : devis-types par catégories d'aides techniques (en cours), cartographie française des distributeurs de fauteuils roulants (en cours)...

Au-delà d'une amélioration de la connaissance du marché, l'apport essentiel de l'Observatoire est l'instauration d'un dialogue entre des acteurs qui dans un grand nombre de cas s'ignoraient. C'est ainsi que l'élargissement progressif de la composition de l'Observatoire et les auditions organisées par celui-ci représentent des étapes importantes de l'année 2008. Du noyau dur des usagers représentés par les associations de personnes handicapées, des professionnels (spécialistes de l'évaluation des besoins, prescripteurs) et des experts, l'Observatoire s'est ouvert aux producteurs et diffuseurs (2007) puis, en 2008, aux associations représentant les personnes âgées. Les auditions ont permis d'établir des relations de travail sur ce sujet avec la Haute autorité de santé (HAS), les assistants, le CERAH, les syndicats pharmaceutiques...

La structuration du dispositif d'information et de conseil sur les aides techniques

La loi confie à la CNSA la mission de contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Le site internet de la CNSA dédié aux aides techniques (www.aides-techniques-cnsa.fr) ouvert en mars 2008 est destiné aux usagers mais aussi aux professionnels, et notamment aux équipes des MDPH qui ont besoin d'outils pour évaluer et préconiser les aides adaptées. (cf. encadré)

C'est l'accompagnement des équipes des MDPH, et au-delà, des professionnels qui constitue la priorité de la CNSA. A ainsi été élaborée une maquette de calcul automatique destinée à faciliter la détermination du montant de la prestation de compensation, en matière d'aides techniques. Cet outil a été accompagné d'un arbre décisionnel pour illustrer les différents cas possibles. L'objectif est de faciliter l'utilisation harmonieuse des règles de calcul dans les MDPH et aussi de les faire connaître aux distributeurs.

Plus structurant encore est le projet de création de centres experts nationaux sur les aides techniques. Ce sont des centres de ressources pour les institutions et les professionnels travaillant en réseau, destinés à faciliter l'accès des personnes aux aides sophistiquées dont le besoin est reconnu. Chaque centre s'inscrira dans un réseau international thématique dont il sera le référent français. Le cahier des charges élaboré au sein de la commission spécialisée du conseil scientifique de la CNSA a défini plusieurs missions :

- la collecte, la validation et la normalisation d'une information exhaustive ;

- une fonction de centres d'essai mettant à disposition du matériel ;
- l'observation technologique pour un suivi de l'évolution de ces produits ;
- la formation continue des professionnels de l'évaluation, notamment des MDPH ;
- la recherche et l'innovation, notamment à travers un appui méthodologique et pratique aux évaluations des prototypes.

Un appel à projets va être lancé au second semestre 2008 par la CNSA pour expérimenter ce concept sur 5 thématiques : mobilité, stimulation cognitive, habitat et logement, interfaces fonctionnant sur l'utilisation des technologies de la communication et de l'information, robotique.

4.2. Développer une politique partenariale au service de la qualification et de la professionnalisation des intervenants du secteur

Héritière du fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) créé en 2002, la section IV du budget de la CNSA est le levier financier de sa politique de modernisation des services à domicile et de professionnalisation des intervenants auprès des personnes en perte d'autonomie.

Depuis 2005, cette politique a vu son champ d'action étendu et ses principes et moyens d'actions redéfinis.

Le transfert du FMAD à la CNSA s'est ainsi accompagné d'une extension de la politique de professionnalisation des aides à domicile aux personnels des établissements médico-sociaux pour personnes âgées. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a ensuite ouvert la section IV aux services à destination des personnes handicapées.

La mise en place d'un cadre organisé pour le développement de la modernisation et de la professionnalisation des services a été le souci constant la CNSA et de l'Etat à partir de 2006. La poursuite de cette action est la condition d'un déploiement du dispositif de professionnalisation à la hauteur des enjeux quantitatifs et qualitatifs qui ont inspiré le plan des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, lancé par Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la solidarité, en février 2008.

Une double démarche de structuration de la politique de modernisation des services à domicile

La section 4 finance directement les associations de service à domicile qui présentent un projet de modernisation ou de professionnalisation. Les services de l'Etat sont chargés d'agrèer les projets que la CNSA finance. Depuis 2005, ce sont 600 à 800 dossiers ainsi traités par an, pour un montant moyen de 23 000€.

Ce face-à-face avec les porteurs de projets individuels ne permet pas toutefois à la CNSA d'appréhender correctement les stratégies de modernisation portées par les Conseils généraux, responsables de la planification de l'offre de services pour les personnes âgées et handicapées, ni la politique conduite par les têtes de réseaux de l'aide à domicile ni, par conséquent, de bien articuler son intervention financière avec celles-ci.

Pour renforcer la cohérence sur le terrain des aides à la modernisation et renforcer son efficacité, la CNSA a décidé de s'engager dans un double mouvement de partenariat.

Le premier a été lancé dès 2006 avec les Conseils généraux (*cf. encadré*). La circulaire conjointe CNSA-DGAS du 5 juin 2008 annonce la généralisation de ce mouvement pour fin 2009.

Le second doit permettre d'apporter un appui aux opérateurs nationaux de l'aide à domicile. Le partenariat avec les grandes fédérations du secteur, décidé en 2007, a vocation à les renforcer et les responsabiliser dans la modernisation de leur réseau.

Les fédérations d'associations ou de services d'aide à domicile (UNA, ADESSA, ADMR, UNCASS, FEPEM) ont présenté des programmes de modernisation de l'ensemble des structures de leurs réseaux, qui ont, pour certains, déjà donné lieu à conventionnement, et pour d'autres, sont en cours de négociation.

Au protocole de coopération signée le 9 mars avec l'Union nationale des soins et des services aux domiciles (UNA), par Valérie Létard et le directeur de la CNSA sont adossées 9 conventions sur la politique de ressources humaines, la généralisation des bonnes pratiques professionnelles et la démarche qualité au sein du réseau UNA, ainsi que sur la mise en œuvre d'un programme d'information et d'appropriation de cette démarche de modernisation. En 2008, la participation de la CNSA à la mise en place du projet UNA est d'environ un million d'euros. Au cours des deux années suivantes, la CNSA cofinancera la montée en charge du programme avec les têtes de réseau, à hauteur de 9 millions d'euros par an.

Les régions au cœur de la mise en œuvre du Plan des Métiers

Le Plan des Métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes fait l'objet d'une expérimentation dans trois régions : le Centre, l'Alsace et le Nord Pas de Calais. Il repose sur quatre axes principaux : faciliter l'identification des besoins ; recruter pour répondre aux besoins actuels et futurs ; former pour mieux accompagner les personnes et pour mieux reconnaître les compétences des professionnels ; valoriser les métiers de la dépendance.

Les Conseils Régionaux s'engagent, par le biais de conventions cadres signés avec la Secrétaire d'Etat et la CNSA, à développer autour de ces grands objectifs une série d'actions innovantes, dont ils assurent le pilotage, pour une mise en œuvre à compter de septembre 2008. Le comité de suivi national se réunira chaque trimestre, pour rendre un bilan en fin d'année 2009, avant la généralisation des actions et des outils les plus performants à l'ensemble des régions.

L'engagement financier de la CNSA, réparti entre les sections IV et V de son budget, s'élève à 7 M€.

Les OPCA mobilisés sur la promotion professionnelle en établissements et services médico-sociaux

Les accords cadres entre la DGAS, la CNSA et quatre organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) : ANFH, UNIFAF, FORMAHP et CNFPT sont le levier du développement de la professionnalisation pour les établissements et services médico-sociaux non concernés par les conventions avec les Conseils généraux. Signés pour 3 ans en 2005, ils ont été reconduits pour une année supplémentaire, dans l'attente des orientations issues de la généralisation du Plan des Métiers.

Les avenants 2008, financés par la section IV du budget de la CNSA à hauteur de 10 M€, prévoient le cofinancement de parcours de formations qualifiantes de personnels d'établissements et services médico-sociaux pour l'acquisition d'un des diplômes suivants : aide-soignant, aide médico-psychologique, moniteur éducateur, éducateur spécialisé. Il est prévu de soutenir par le biais de ces accords près de 4 000 parcours qualifiants sur une année.

Outre l'extension à ces deux derniers diplômes par rapport aux accords cadres initiaux, les avenants 2008 étendent le champ des établissements et services concernés à l'ensemble des structures relevant d'un financement par la CNSA (et non plus uniquement aux EHPAD) ; en outre, les circuits de demande de financement et de gestion des crédits sont simplifiés.

L'évaluation de ce dispositif reposera sur une batterie d'indicateurs permettant de déterminer l'effet levier des cofinancements apportés par la CNSA.

4.3. Les prestations : contribuer à un meilleur accès des personnes aux solutions de compensation

En contact permanent avec les équipes des MDPH auxquelles elle apporte un appui juridique et un suivi des données d'activité, la CNSA s'est construite une expertise sur les prestations, qui matérialisent le droit à compensation de la perte d'autonomie en assurant la solvabilisation des personnes concernées. Elle fait bénéficier de cette expertise les administrations responsables des évolutions législatives et réglementaires relatives aux prestations et assure également l'accompagnement des acteurs locaux dans la mise en œuvre de ces évolutions.

La CNSA a été très mobilisée par ce rôle d'interface sur le champ des prestations en 2008.

La simplification du paiement des prestations

Partenaire de l'Agence nationale des services à la personne depuis 2006, la CNSA a rejoint, en juin 2007, le club chèque emploi service universel (CESU) que l'agence a créé pour accompagner les collectivités locales dans l'appropriation du CESU comme moyen de paiement de leurs prestations sociales. La CNSA a souhaité apporter sa contribution à la mise en place de cette action qui lui est apparue de nature à améliorer le service et la gestion de l'APA et de la PCH dans les départements.

Dans ce cadre, la CNSA conduit plusieurs chantiers : l'élaboration d'un guide sur l'aide à domicile à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, une enquête sur la mise en place du CESU dans les départements, un travail sur la mise en place du tiers-payant pour le versement des cotisations sociales (avec l'ACOSS) ; elle fournit par ailleurs une assistance à maîtrise d'ouvrage au groupe de travail sur la dématérialisation du CESU.

L'accompagnement de l'ouverture de la prestation de compensation aux enfants

Prévue par la loi du 11 février 2005 trois ans après son entrée en vigueur, l'ouverture de la prestation de compensation aux enfants a été rendue effective par deux décrets du 7 mai 2008.

La CNSA a participé aux travaux préparatoires pour la conception de cette nouvelle prestation, en appui des services de l'Etat et de la CNAF. Elle a également fait des propositions sur les tarifs des aides techniques spécifiques aux enfants.

Pour la mise en œuvre très rapide de cette nouvelle prestation en vigueur à compter du 1^{er} avril 2008, il a été nécessaire d'accompagner les équipes des MDPH. Deux réunions d'information ont été proposées dès le mois de mars et ont réuni près de 80 personnes des MDPH.

La CNSA a contribué à la réalisation d'une plaquette d'information des familles et des professionnels qui a été mise à disposition des MDPH et des associations nationales, les

unes et les autres ayant été associées à son élaboration aux côtés des services de l'Etat et des caisses nationales concernées. L'objectif était de fournir dès la publication des textes réglementaires un document explicatif pour la formation des acteurs locaux, avec un contenu élaboré en commun par tous les partenaires.

La réflexion sur l'évolution des prestations

La CNSA a apporté sa contribution aux travaux organisés par le ministre chargé de la solidarité sur l'évolution de la PCH et de l'APA.

Dans le cadre de la préparation de la conférence nationale du Handicap du 10 juin 2008, la CNSA s'est ainsi vue confier le co-pilotage, aux côtés de l'Assemblée des départements de France, du groupe d'appui technique consacré à la compensation, qui a associé de février à juin 2008 des représentants des associations, des MDPH et des départements, des fédérations de services à domicile et d'employeurs et des administrations centrales. Les résultats de cette réflexion ont été présentés lors de la conférence et doivent alimenter le rapport qui doit être transmis au Parlement par le Gouvernement en fin d'année.

Par ailleurs, dans le cadre de la réflexion sur la création du « 5^e risque », la CNSA a été sollicitée pour réaliser des études s'appuyant sur une comparaison des deux prestations APA et PCH, dans la logique de convergence suggérée par le rapport de son Conseil d'octobre 2007.

Enfin, une réflexion animée par le délégué interministériel aux personnes handicapées, à laquelle participe la CNSA, a été entamée à l'été 2008 pour concevoir une meilleure articulation de la prestation familiale destinée aux familles d'enfants handicapés (l'AEEH) et de la PCH enfants.

Encadrés bilan 3 ans

3 ans d'action

www.aides-techniques-cnsa.fr

Le projet d'ouvrir un site Internet permettant l'accès des professionnels comme des usagers à l'information sur les aides techniques, foisonnante mais dispersée, est née en 2006. Depuis son ouverture en mars 2008, la consultation moyenne a été de 14000 pages par jour. Un résultat permis par :

- **un partenariat avec les trois grandes bases de données existantes** : le site est conçu comme un portail qui va rechercher l'information dans les bases du Centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés du ministère de la Défense – le CERAH -, celle de la Fondation Garches et celle de l'association Hacavie (Handicap et cadre de vie). Des conventions ont été passées en 2007 avec chacun de leur gestionnaire, afin qu'ils les complètent et les mettent aux normes, notamment d'accessibilité ; ces bases de données conservent leur existence propre. Ce partenariat a vocation à s'élargir.

- **la création d'une nomenclature**, permettant une recherche conviviale et intuitive par des mots et expressions de la vie courante (communiquer, se mouvoir, travailler....) ou des mots clé, afin de favoriser l'utilisation de ce portail par le grand public. Celle-ci a été ajoutée aux modes de recherches connus des professionnels tels que la référence à la norme ISO 9999 (version mai 2007).

- **un travail technique** de développement du site.

3 ans d'action

Politique conventionnelle avec les départements sur la modernisation des services

Cette politique conduite sur la section IV de la CNSA a été décidée pour écarter les risques de dispersion des crédits, de multiplication des responsabilités en matière de modernisation et professionnalisation des services à domicile et d'absence de cohérence avec les politiques locales conduites par les Conseils généraux,

Janvier 2006 : le plan d'action sur la modernisation des services DGAS/CNSA fait du développement d'une politique de conventionnement avec les départements un des 4 axes. En octobre 2006, 18 conventions sont signées ; 25 sont en cours d'exécution au 1^{er} trimestre 2008. Les conventions de modernisation des services sont conclues pour une durée de 3 ans entre le département, l'Etat et la CNSA.

Juin 2008 : la généralisation de la démarche

La circulaire du 5 juin 2008 donne la priorité à la signature de conventions départementales. L'objectif est de doubler le nombre de conventions fin 2008 et de couvrir tout le territoire national d'ici fin 2009. Dans les départements dans lesquels une convention est signée, les seules actions éligibles à un financement par la CNSA sont depuis 2008 celles qui sont incluses dans son champ.

Chapitre 5 : Recherche et innovation

Développer la connaissance au service des solutions de demain

Promouvoir la recherche dans le domaine de la perte d'autonomie, stimuler l'innovation dans le secteur du médico-social, tels sont les clés de progrès dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. Progrès technologiques ou amélioration de l'organisation des réponses, certes. Mais de cet investissement scientifique dépend aussi l'évolution de nos conceptions collectives sur la question de l'autonomie (et de ses limites), et, in fine, la place faite par la société aux personnes concernées par ces situations.

C'est très directement au service des chantiers qu'elle conduit que la CNSA soutient études et expérimentations, dans un souci permanent d'assurer leur diffusion. Mais elle se doit de participer également, auprès de ses partenaires, à la structuration du milieu de la recherche sur ce champ, afin que les efforts d'aujourd'hui se prolongent.

5.1. Le développement des connaissances à l'appui de l'action des services de la Caisse

L'amélioration de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie à laquelle la CNSA est tout entière consacrée requiert d'anticiper les difficultés à venir, qu'elles soient d'ordre démographique, technique ou financier, ainsi que les progrès que permettra le développement de l'innovation dans différents champs disciplinaires de recherche. C'est une mobilisation scientifique qu'il s'agit d'organiser.

L'approfondissement de problématiques complexes grâce à l'appui du Conseil scientifique

Le champ de l'action publique dédié à l'accompagnement de la perte d'autonomie se caractérise par sa relative nouveauté. La place des personnes concernées par ces situations dans notre société et la conception collective de la prise en charge ont fortement évolué. La qualité des réponses nécessite souvent des travaux préalables de nature scientifique permettant de préciser les concepts sur lesquels elles reposent.

Le Conseil scientifique de la CNSA avait défini en 2006 six thèmes prioritaires à traiter : l'évaluation des besoins des personnes ; les données nationales et locales relatives au champ de l'autonomie ; la constitution de centres d'expertise pour les aides techniques ; l'organisation des réponses dédiées aux handicaps rares ; le développement de comparaisons internationales ; le développement de colloques et l'animation scientifique.

Des commissions spécialisées ont été mises en place sur chacun de ces thèmes faisant participer aux côtés des membres du Conseil scientifique, les services de la CNSA concernés ainsi que des experts et des partenaires extérieurs. Ce mode de fonctionnement doit permettre de toujours bien articuler les réflexions d'ordre scientifiques avec les politiques qu'elles doivent alimenter et ainsi resituer la recherche au service de l'action.

En 2008, deux de ces chantiers ont connu des aboutissements notables.

La commission spécialisée sur le handicap rare a conduit les travaux nécessaires à l'élaboration du schéma national sur les handicaps rares, confiée par la loi à la CNSA (*cf. chapitre 2*).

En matière d'évaluation, les travaux conduits décrits au chapitre 3 du rapport ont mobilisé une importante expertise scientifique, tant sur la question des pratiques professionnelles,

que sur la place des usagers et l'utilisation des outils d'évaluation. Cette mobilisation sur la question de l'évaluation s'explique à la fois par la place centrale qu'a le processus d'évaluation des besoins des personnes dans la définition de la réponse à apporter à chacun et la mission légale de la CNSA en matière de référentiels d'évaluation. La qualité de l'évaluation fonde le droit à compensation.

Ce thème a véritablement constitué un laboratoire pour l'action scientifique de la CNSA. C'est autour de lui que sont expérimentés et précisés le rôle du Conseil scientifique et de ses commissions pour développer une réflexion pluridisciplinaire, l'articulation entre des travaux scientifiques et l'action des services de la Caisse. Souhaitant étendre cette réflexion dans une perspective d'animation scientifique, la CNSA a retenu ce thème pour organiser des rencontres scientifiques en février 2009. Il s'agira de son premier colloque scientifique à dimension internationale. Largement alimenté par les travaux de la commission spécialisée du Conseil scientifique relatifs à l'évaluation, cet événement est également le fruit des réflexions de ses deux autres commissions dédiées aux comparaisons internationales et à l'animation scientifique.

La Commission sur le partage des informations territoriales a décidé d'outiller les différents acteurs concernés par les données sur la perte d'autonomie par la production d'un guide d'utilisation des statistiques dans les domaines du handicap et de la dépendance.

La Commission qui travaillait à la définition des centres d'expertise pour les aides techniques a achevé son travail d'élaboration du cahier des charges de ces centres. La phase de préparation de l'expérimentation a été lancée au dernier trimestre 2008 (*cf. chapitre 4*).

Le développement organisé du financement des études et actions innovantes

La section V du budget de la Caisse assure un financement relativement ouvert « des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes » entrant dans le champ de compétence de la CNSA. Elle couvre, notamment, les dépenses d'animation et de prévention et les frais d'études dans les domaines de la Caisse. A travers les 5 critères de sélection des projets qu'il a fixés, le Conseil de la CNSA a assez vite fait de la section V le levier par lequel la CNSA peut se positionner comme un acteur de stimulation de la recherche et de diffusion de l'innovation dans le domaine de la perte d'autonomie.

Le premier programme d'action en matière d'études, de recherche et d'actions innovantes mis en œuvre sur 2006 et 2007 a été structuré autour de 4 axes thématiques :

- La connaissance de la situation des personnes privées d'autonomie
- L'anticipation des problématiques émergentes, parmi lesquelles l'aide aux aidants, les études sur les modes de coordination ou mise en réseau de l'accompagnement des personnes âgées, l'application des nouvelles technologies au service de l'autonomie...
- Les aides techniques
- Les mesures de l'efficience

La CNSA intervient selon différentes modalités pour mettre en œuvre ce programme d'action. Elle a la possibilité de recruter des prestataires pour conduire des études précises dont elle est à l'initiative. Elle peut s'associer à des partenaires institutionnels tels que l'ODAS, l'AGEFIPH..., autour de projets d'intérêt commun dont elle contribue au financement. Elle peut décider de soutenir les projets d'études, de recherches ou d'actions innovantes soumis pour financement par des porteurs de projets extérieurs, que ce soit dans le cadre d'un appel à projet ponctuel sur un thème précis (comme ce fut le cas avec l'appel à projets sur l'aide aux aidants au printemps 2007), ou de façon plus diffuse, sur la base des thèmes assez généraux du programme d'action. Les deux premières années ont surtout conduit la CNSA à étudier les demandes qui lui étaient faites et ainsi financer des projets très variés, parfois un peu éparpillés. C'est ainsi qu'aux côtés du cofinancement de l'enquête

Handicap Santé, objet d'un partenariat avec l'INSEE et la DREES, figurent parmi la liste des projets financés l'appui à la modélisation de structures innovantes pour personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale ou de lieux de vie intergénérationnels. Cette pratique lui a permis de mieux cerner les attentes et initiatives des acteurs du secteur médico-social, mais a nécessité une mobilisation importante des services de la CNSA pour instruire les demandes, sans que puisse être satisfaits les besoins les plus prioritaires en matière d'études.

Une évolution a ainsi été conduite avec le programme d'action 2008. L'intervention de la CNSA a été recentrée autour des projets présentant l'intérêt le plus grand au regard de l'action qu'elle conduit. Dans un souci de plus grande lisibilité des priorités, le programme d'action a été découpé en 10 axes, de façon à couvrir l'essentiel du champ de compétence de la CNSA (cf. encadré). Pour chacun de ces thèmes, ont été recensés les partenariats souhaitables et les travaux à conduire avec chacun de ces partenaires. Cette démarche répond notamment à la préconisation du Conseil scientifique de mettre en place une politique générale de partenariats autour de la section V. Son objectif est de définir l'équilibre entre le besoin de mieux programmer les travaux de l'année à venir – ce qui passe par une définition en amont des projets à accompagner et financer - et la nécessité de rester à l'écoute des initiatives de terrain.

Sur la base de ce programme d'action, la CNSA a ainsi poursuivi son engagement en faveur du développement de connaissances pour l'autonomie, à travers le financement de plus d'une soixantaine de projets (cf. annexe). Ses capacités d'intervention en la matière lui ont notamment permis d'accompagner, dès 2008, la mise en œuvre du plan Alzheimer dans toutes les dimensions de l'accompagnement médico-social des personnes concernées et de leurs familles (expérimentation des MAIA, évaluation qualitative des formules de répit...).

Il faut noter que les actions évoquées dans ce programme d'action ne constituent pas la totalité des travaux d'études engageant la CNSA, mais seulement celles qui mobilisent ses crédits d'intervention. Or, la CNSA est souvent partenaire de travaux auxquels elle apporte son expertise. Et de nombreuses études sont conduites directement et intégralement par les services de la Caisse (notamment celles citées au chapitre 2 sur les centres d'action médico-sociale précoce, ou les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés et services de soins infirmiers à domicile, ou l'enquête conduite en interne auprès des concepteurs, utilisateurs et usagers des outils d'évaluation).

L'amélioration de la lisibilité de la programmation des travaux d'études est un objectif qui devra encore être poursuivi en 2009 vis-à-vis des porteurs de projets à la recherche de financement, des partenaires de la CNSA et des équipes de la Caisse elles-mêmes.

Au-delà, l'année 2009 sera surtout consacrée au développement de la politique de valorisation des résultats obtenus dans le cadre des projets soutenus. Elle devra être définie en lien avec l'ensemble des acteurs intervenant dans la chaîne de la recherche et de l'innovation.

5.2. La structuration du milieu de la recherche dans le champ de la perte d'autonomie

L'approfondissement des partenariats autour des appels à projets

Le maintien sur plusieurs années d'une capacité financière d'intervention est une des conditions du développement de la recherche dans le champ de l'aide à l'autonomie. Seule une certaine pérennité permettra d'attirer durablement des chercheurs sur ce sujet dont l'approche pluridisciplinaire constitue déjà un défi pour les milieux de recherche qui sont principalement organisés par discipline.

Il faut également pouvoir pénétrer les milieux de recherche parfois assez éloignés de la question de l'accompagnement de l'autonomie.

La CNSA s'est ainsi attachée à construire des partenariats scientifiques avec des organismes bien identifiés dans le monde de la recherche, autour d'appels à projets s'adressant aux chercheurs. En 2007, sa participation financière et scientifique à quatre appels à projets de recherche a permis d'initier son réseau scientifique avec l'Agence nationale de la recherche (appel à projets sur les technologies de la santé - TecSan), la Haute autorité de santé (appel à projets sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie), les différents acteurs de l'Institut de recherche en santé publique dont la CNSA est devenue membre, notamment l'INSERM, et enfin avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse autour du programme européen Era Age-Flare.

En 2008, la CNSA s'est attachée à approfondir ces partenariats. Elle a ainsi prolongé sa participation à l'appel à projet TecSan avec l'ANR et s'est engagé dans l'appel à projets « Territoires et Santé » lancé dans le cadre de l'IReSP. Elle a également étendu ce réseau partenarial de recherche, en s'associant à la mission recherche de la DREES sur deux appels à projets (sur le handicap psychique et la qualité de l'aide à domicile).

Elle a enfin donné une ouverture européenne à sa démarche à travers une participation au programme européen « Assistance à l'autonomie à domicile » (*Ambient Assisted living* (AAL)). Ce programme a pour but de développer les technologies de l'information et de la communication pour améliorer la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées et leur permettre de vivre le plus longtemps possible dans leur environnement habituel. Il donnera lieu à une série d'appels à projets, sur toute la période du programme (6 ans). La France y est représentée, aux côtés de 20 autres pays européens, à travers la participation de l'Agence nationale de la recherche en partenariat avec la CNSA. La CNSA s'est engagée dans le premier appel à projets lancé en 2008 sur le thème : « Utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication pour la prévention et la gestion des conditions chroniques chez les personnes âgées ».

L'engagement d'une action de structuration en profondeur

Ces premières initiatives en direction des milieux de recherche se sont parfois heurtées, en terme de résultats, aux manques de la recherche relative à la question du handicap et de l'autonomie en France.

Alors qu'un milieu de recherche s'est progressivement constitué au niveau international et a contribué à l'émergence des *Disability Studies*, la situation française est médiocre. L'insuffisance des moyens financiers et la dispersion des moyens humains se conjuguent au manque de visibilité des travaux, aux cloisonnements disciplinaires et institutionnels, à l'absence de dispositif de coordination.

Convaincue que la connaissance ne pourrait se développer dans des proportions répondant aux enjeux, la CNSA a contribué à partir de 2008 aux initiatives de structuration du milieu.

- **Avec l'IReSP** : constatant les difficultés des acteurs de la recherche sur le handicap pour répondre aux sollicitations qui leur sont faites, les différentes parties prenantes de l'appel à projets sur le handicap ont décidé de lancer une action concertée. L'objectif est de définir les outils financiers et méthodologiques à mettre en place pour soutenir le développement de la recherche sur ce champ.
- **Avec la Mission recherche de la DREES** : soucieux d'expérimenter sans attendre des solutions concrètes de soutien aux milieux de recherche régulièrement sollicités, la CNSA et la mission recherche de la DREES ont élaboré une convention-cadre. Ce

projet commun se présente comme composante d'un vaste ensemble d'initiatives permettant de rendre compte des conditions nécessaires au développement et à la structuration d'un milieu de recherche sur la perte d'autonomie. Il s'agit pour ces deux opérateurs de se donner les moyens de conduire en commun une démarche structurée de soutien aux porteurs de projets et de signifier nettement à leurs partenaires institutionnels et scientifiques leur engagement pérenne en faveur de la recherche sur la perte d'autonomie. Cette convention prévoit quatre modes d'intervention : le soutien apporté à des équipes ou à des porteurs de projets individuels dans trois champs principaux (l'aide au montage de projets de recherche, la valorisation et l'ouverture vers l'Europe et l'international) ; une démarche proactive de soutien à des réseaux de recherche ; des initiatives communes d'appels à recherches ; la mise en œuvre de conventions pluriannuelles d'objectifs avec des organismes de recherche.

- **Dans le cadre du plan Alzheimer** : l'état des lieux sur lequel a été bâti le plan Alzheimer 2008-2012 en matière de recherche a lui aussi conduit à préconiser un important travail d'organisation de la recherche relative à la maladie d'Alzheimer. Le plan prévoit la constitution d'un réseau d'excellence sur ce sujet sous l'égide d'une Fondation de coopération scientifique qui a été créée le 30 juin 2008. Membre fondateur de cette fondation, la CNSA y porte aux côtés de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique le développement des sciences humaines et sociales dont dépendent les progrès en matière de qualité de l'accompagnement social et médico-social. Elle a mis en place un groupe de liaison entre son Conseil scientifique et les groupes de travail de la fondation pour définir, en lien avec les principaux experts, les thèmes prioritaires et les modalités de leur développement.

Encadrés-bilan 3 ans :

Le Conseil scientifique

Un regard scientifique pluridisciplinaire...

Le décret du 20 avril 2005 fixe la composition du Conseil scientifique composé à parité de représentants des ministères et d'organismes nationaux d'études et de recherches et de personnalités qualifiées dans le champ de la perte d'autonomie. Nommés par arrêté du 23 janvier 2006, ces 22 spécialistes de disciplines variées (médecins, économistes, anthropologues, sociologues, démographes, statisticiens...) initient au sein du Conseil scientifique la démarche pluridisciplinaire prônée.

... à la disposition du directeur et du Conseil de la Caisse...

Le Conseil scientifique peut être saisi par le Conseil ou le directeur de l'ensemble des questions d'ordre scientifique et technique entrant dans le champ de compétence de la Caisse. Depuis sa première réunion en mai 2006, le Conseil s'est réuni 6 fois, (2 fois par an).

... favorisant la liaison chercheurs-professionnels

Le Conseil mobilise l'expertise de ses spécialistes dans le cadre de commissions spécialisées dont il décide la création au regard des questions prioritaires à traiter (ex. : participation de la CNSA au financement de l'enquête Handicap Santé). Les sept premières commissions ont été créées courant 2006 et vu leur mission révisée en mai 2008. Ces commissions associent, aux membres du Conseil scientifique les équipes de la CNSA ainsi que des professionnels et experts extérieurs.

Les appels à recherches

2007 :

Technologies pour la santé et pour l'autonomie (édition 2007)

Partenaire : Agence nationale de la recherche (ANR)

4 projets financés par la CNSA

Evaluation et amélioration de la prise en charge globale des personnes en perte d'autonomie

Partenaire : Haute Autorité de santé (HAS)

4 projets financés par la CNSA

Appel à post doctorants européen Flare

Partenaire : CNAV

3 post doctorants sélectionnés

Le handicap, un nouvel enjeu de santé publique

Partenaires : DREES-Inserm (IReSP)

14 projets financés

2008 :

Technologies pour la santé et pour l'autonomie (édition 2008)

Partenaire : Agence nationale de la recherche

3 projets financés par la CNSA

Territoires et santé

Partenaires : la Direction Générale de la Santé, la DREES-MiRe, l'Inserm, l'Institut de Veille Sanitaire, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, la Délégation Interministérielle à la Ville et l'Institut des Données de Santé.

Sélection en cours

Prévention et gestion des conditions chroniques faisant appel aux technologies de l'information et de la communication

Partenaire : Agence nationale de la recherche – association européenne Assistance à domicile

Sélection en cours

Handicap psychique : définition, évaluation, compensation

Partenaire : DREES-MiRE

9 projets financés

Qualité de l'aide à domicile des personnes fragiles

Partenaire : DREES-MiRe

Sélection en cours

Encadré normal :

Le développement de la connaissance et des innovations selon 10 axes

En 2008, le programme d'action en matière d'études, de recherche et d'actions innovantes est structuré autour des axes suivants :

- 1 - Connaissance des besoins globaux d'accompagnement des personnes en perte et en manque d'autonomie
- 2 - Evaluation des besoins individuels et de la situation de la personne
- 3 - Aides techniques
- 4 - Aide aux aidants informels
- 5 - Formules d'organisation innovante dans l'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie
- 6 - Adaptation et amélioration des espaces de vie
- 7 - Mesures de l'efficience
- 8 - Approches convergentes de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
- 9 - Actions de prévention
- 10 - Pédagogie et diffusion de la connaissance

Chapitre 6 : La CNSA

Inscrire un nouvel opérateur dans le paysage institutionnel

Les étapes n'ont pas manqué – création de la CNSA par la loi du 30 juin 2004, confirmation et développement par la loi de février 2005, mission de préfiguration, constitution des équipes, reprise de procédures ou de dispositifs existants, création de nouvelles modalités de travail et de nouveaux outils de gestion – pour au bout de quatre ans constituer un opérateur reconnu de la protection sociale.

Un trait caractéristique mérite d'être souligné : l'impossible « isolement » de la CNSA. Cet opérateur s'appuie sur un ensemble de partenaires et un réseau d'acteurs dont il a fallu se faire connaître et reconnaître. Tout simplement parce qu'il est « au service » des personnes concernées et « en appui » des différentes autorités responsables.

Les équipes de la CNSA sont issues d'horizons variés et la fertilisation croisée des compétences se révèle le plus sûr moyen de mettre en œuvre les objectifs ambitieux et les finalités de la Caisse. Il est toutefois ici nécessaire de souligner que l'ampleur croissante des missions confiées à la CNSA, nécessite désormais un renfort de compétences et une évolution significative de la COG Etat-CNSA, dans le cadre d'une restructuration intelligente des moyens publics.

La création de la Caisse ne s'est pas immédiatement traduite par l'existence d'un organisme autonome puisque la loi du 30 juin 2004 a confié sa gestion au Fonds de solidarité vieillesse, qui gérait depuis 2002 le fonds de financement de l'APA. Ce n'est qu'en juillet 2005, après la nomination du directeur et des membres du Conseil, que la CNSA est devenue une institution de « plein exercice ».

Il lui a alors fallu créer, pour l'essentiel de toutes pièces, l'organisation et les outils nécessaires à l'exercice de ses missions. Sans que ce délai pèse sur sa capacité à fournir le service attendu, deux à trois ans ont été nécessaires pour qu'elle puisse présenter à ses interlocuteurs extérieurs une organisation et un fonctionnement lisibles et stabilisés. Si certains chantiers se poursuivent, la CNSA est, en 2008, à la fin d'un cycle d'installation.

6.1. Un fonctionnement interne éprouvé

Le déploiement des outils d'organisation d'une équipe diversifiée

Très ouverte, la composition des équipes de la CNSA a été conçue pour rassembler la diversité des compétences requises par la multiplicité de ses missions. Le développement des effectifs n'a fait que renforcer cette caractéristique présente dès les premiers recrutements. La CNSA emploie des fonctionnaires issus des trois fonctions publiques, mis à disposition ou en détachement, et des agents de droits privé sous convention collective UCANSS venus des organismes de sécurité sociale, mais aussi d'autres secteurs professionnels. Une attention particulière a bien évidemment été portée au recrutement de personnes handicapées et au respect des dispositions légales en la matière. Les agents de la CNSA expérimentent ainsi, avec sa richesse et ses difficultés, la pluridisciplinarité érigée par la loi de 2005 comme le principe de fonctionnement des MDPH.

Afin de disposer de façon ponctuelle de spécialistes sur des sujets particuliers, la CNSA a en outre recours à des experts, par exemple des formateurs pour la mise en place des MDPH. Le choix d'une structure légère de conception et d'animation a également conduit la caisse à sous-traiter la réalisation de nombreux projets, notamment informatiques, en faisant appel à des prestataires extérieurs dans le cadre du code des marchés publics. Enfin, les délais incompressibles liés aux procédures de recrutement ainsi que la nécessité de faire face à des pics pour des activités à caractère cyclique telles que le traitement du plan d'aide à la

modernisation ou l'appel à projets « Bien Vieillir » ont conduit à recourir à l'intérim dans le cadre de l'enveloppe de crédits de fonctionnement votée par le Conseil.

Fin 2008, les effectifs atteindront le plafond d'emploi de 90 postes fixé par l'Etat. Dans le même temps, les équipes de la CNSA commencent à se renouveler, notamment son équipe de direction, au premier rang desquels le directeur de la Caisse, Denis Piveteau, remplacé à cette fonction en juin 2008 par son adjoint, Laurent Vachey. Ces derniers mouvements ont été accompagnés d'une modification de l'organigramme recentrant la direction des systèmes d'information sur la maîtrise d'œuvre, la maîtrise d'ouvrage étant désormais intégrée dans les directions métiers et coordonnée par la direction générale.

Parallèlement à la croissance des effectifs enregistrée entre 2005 et 2008, la Caisse s'est dotée progressivement des outils d'une politique des ressources humaines.

Un ensemble de procédures internes portant notamment sur les circuits d'élaboration des conventions passées sur les crédits des sections 4 et 5 du budget, la passation des marchés, la gestion des budgets de service, le recrutement des personnels, l'accueil des stagiaires, les déplacements, la sécurité, ont été élaborées et formalisées dans un classeur diffusé à l'été 2007 qui sera complété et mis à jour régulièrement.

Le comité technique paritaire central (CTP), institué par arrêté du 4 août 2006, a été installé mi-2007 et a commencé à jouer son rôle d'instance du dialogue social à la fin de l'année. Il a été consulté en 2008 avant la mise en place à titre expérimental d'un dispositif d'horaires variables, sur l'habilitation de la Caisse à recevoir des apprentis, et sur l'application de la loi modifiant les modalités de mise en œuvre de la journée de solidarité. Deux projets complémentaires ont pu y être présentés et discutés mais ne sont pas encore en place : le compte épargne temps et la constitution du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Enfin, la CNSA est dans l'attente de la publication d'un décret l'assimilant à un organisme national du régime général de sécurité sociale, ce qui, compte tenu du rattachement d'une part importante de ses salariés à la convention collective des organismes de sécurité sociale, améliorera les perspectives de carrière de ces agents et facilitera leur mobilité.

Une mise en œuvre des adaptations nécessaires après trois années de fonctionnement

L'expérience de trois années d'activité a donné à la Caisse le recul nécessaire pour mieux apprécier ses besoins et procéder à certains réajustements

Les premiers marchés de prestations matérielles ou intellectuelles qui avaient été passés sur la base d'estimations forcément approximatives sont arrivés ou arrivent à échéance. Leur renouvellement est l'occasion de mettre en œuvre une politique d'achat plus adaptée, notamment en matière de déplacements, de fournitures, de communication et d'informatique, ce dernier poste représentant une part très importante des dépenses de fonctionnement de la Caisse. Dans ce dernier domaine, la CNSA a tiré parti des instruments juridiques que fournit le nouveau code des marchés publics, en ayant recours à deux accords cadres, l'un d'assistance à maîtrise d'ouvrage et l'autre d'assistance-maîtrise d'œuvre.

Après s'être assurée des prestations les plus essentielles, la caisse se dote de nouveaux outils, à travers l'externalisation de la revue de presse quotidienne ou une prestation dans le domaine de la gestion de la connaissance, afin d'améliorer le service rendu à ses réseaux partenaires.

La politique de communication institutionnelle de la CNSA s'appuie sur une palette désormais bien diversifiée de supports qui s'adressent aux différents publics (*cf. encadré*). L'année 2008 a été consacrée à parachever certaines évolutions.

La refonte graphique et ergonomique des sites Internet et extranet a été l'occasion de solliciter la labellisation de leur accessibilité par BrailleNet, représentant en France le consortium *Accessiweb*. Au premier semestre 2008, le site extranet s'est vu attribuer le label « bronze » qui correspond à un bon niveau d'accessibilité lié à la possibilité pour les personnes handicapées de le consulter via des aides techniques (terminal Braille, logiciel lecteur d'écran synthèse vocale,...). Le site Internet, qui respecte en outre les recommandations relatives à la navigation, bénéficie du label « argent ». Engagée par ailleurs avec l'INPES dans une action relative à l'accessibilité des campagnes d'éducation à la santé aux personnes handicapées, la CNSA s'est proposée de développer une expertise sur ce sujet pour devenir un organisme de référence.

Eu égard à l'importance de l'animation de réseau dans ses missions, le chantier de l'optimisation des fonctionnalités du site extranet a été lancé, avec l'appui d'une nouvelle agence de communication.

Une attention particulière a enfin été portée aux outils quotidiens de travail en équipe. Un intranet a été lancé, structurant en interne l'information mise à disposition de tous. La messagerie a été sécurisée. La CNSA se dote également d'un service de documentation à usage interne.

La mise en place d'une fonction de contrôle interne et la création d'un outil de gestion des subventions complètent ce tableau rapide et rendent compte de la consolidation des fonctions supports au service de l'action.

Ces différents chantiers sont conduits avec le souci permanent de maîtrise des frais généraux (limités à 0,1% du budget), condition de la confiance de l'opinion dans la bonne utilisation des fonds issus de la solidarité nationale au service des personnes en perte d'autonomie.

6.2. L'insertion dans le paysage institutionnel

Comme tout nouvel organisme, la CNSA a dû veiller à ce que son action contribue à clarifier les relations entre les acteurs et non à les complexifier.

La gouvernance des systèmes d'information : l'accent mis sur l'articulation avec le champ de la santé

L'insuffisance des sources d'information relatives à l'aide à l'autonomie, ainsi que le défaut d'accessibilité et d'organisation de l'information disponible au service des politiques avaient été régulièrement regrettés par les commissions parlementaires et la Cour des comptes. C'est pourquoi la mise en place de systèmes d'information permettant d'améliorer le pilotage des politiques du handicap et de l'autonomie a été une préoccupation de la première heure de la CNSA.

A cette fin, elle a mis en place une ingénierie basée sur quelques grands principes :

- mutualisation des expressions de besoins par concertation entre les maîtrises d'ouvrages concernées soit par création d'une instance permanente soit par la création de groupe de travail ad hoc ;
- apport par la CNSA d'une valeur ajoutée spécifique à chaque projet auquel elle contribue, selon différentes modalités : apport en termes réglementaires (démarches auprès de la CNIL, ..), ingénierie de projet, instance de concertation entre acteurs, mise à disposition de ressources (documents de spécification,...), amélioration des outils, facilitation des échanges ...
- recours au standard de normalisation ou d'interopérabilité ou préconisation en cas d'absence ;

- subsidiarité dans la construction des différents constituants du système d'information : ainsi si la CNSA produit des textes ou des spécifications d'intérêt commun, il ne lui appartient pas d'interférer avec les organismes qui en ont la charge, ni d'intervenir dans le choix ou le développement de logiciels.

Les travaux précis conduits pour construire les différents outils du système d'information dans le champ des établissements et services et dans le champ de la compensation individuelle ont été décrits aux chapitres 2 et 3.

Conformément à sa Convention d'objectif et de gestion conclue avec l'Etat, la CNSA a participé aux instances de concertation et d'arbitrage entre les différentes maîtrises d'ouvrages participant à la définition des systèmes d'informations dans le champ du handicap et de la dépendance mises en place au ministère : le Comité de Pilotage stratégique des systèmes d'information de la perte d'autonomie (CPSSIPA), présidé par le secrétaire général des ministères en charge des affaires sociales et co-présidé par le directeur de la CNSA, et le « groupe de maîtrise d'ouvrage opérationnel » (GMOAO). Cette participation a permis de s'assurer que les systèmes d'information conçus par la CNSA ou auxquels elle participe soient en adéquation avec les politiques générales du handicap et de l'autonomie et de suivre la bonne marche des projets lancés, que ce soit dans le domaine des systèmes d'information des MDPH ou des établissements et services.

Parallèlement, des démarches de clarification générale se sont poursuivies. La CNSA a rejoint deux groupements de maîtrise d'ouvrage dans le champ de la santé :

- **L'Institut des données de santé**, groupement d'intérêt public qui a été mis en place en 2007 avec pour mission de favoriser la connaissance globale du système de santé en facilitant l'accès et le partage des données entre ses membres et avec le monde de la recherche en santé publique. Dans ce cadre, la CNSA a présenté ses projets de systèmes d'information. Il est à noter que l'IDS a soutenu dans son rapport au Parlement la méthode collaborative de la CNSA pour construire le système d'information relatif aux caractéristiques des bénéficiaires des décisions des CDAPH et l'a encouragée à l'étendre à d'autres dispositifs ;
- **Le groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitalier (GMSIH)** créé en 2000, avec pour mission « de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé ». Ses compétences ayant été élargies à « l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la continuité des soins » par la LFSS 2006, c'est tout naturellement que la CNSA a commencé à collaborer à ses travaux, en particulier à ceux destinés à juger de l'éligibilité au financement par le Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FIQCS), des projets de système d'information des réseaux de coordination des soins. Une convention est en cours d'élaboration qui favorisera des travaux communs sur la période 2008-2011 autour des systèmes d'information des établissements et services médico-sociaux et leur capacité à communiquer.

Il est à signaler que dans le champ des personnes âgées dépendantes et en particulier des bénéficiaires de l'APA, la connaissance statistique repose essentiellement sur des dispositifs d'enquêtes. La loi en cours d'élaboration sur le « cinquième risque » pourrait constituer une opportunité d'aller au-delà, sur le modèle des projets dans le champ du handicap.

Les partenariats institutionnels

La CNSA a noué avec les grands organismes intervenant dans le champ des politiques du handicap et de l'autonomie des relations conventionnelles visant à clarifier le rôle de chacun et les modalités de collaboration. (Cf. encadré)

Cette politique conventionnelle contribue à renforcer la visibilité et la lisibilité du rôle spécifique de la CNSA dans le champ des politiques d'autonomie. L'accueil de stagiaires et d'apprentis, qui commence à être une pratique bien ancrée, témoigne de ce que la CNSA est désormais identifiée comme un lieu de formation permettant d'acquérir une expertise valable dans le monde professionnel sur ces sujets.

Cette politique se poursuit avec tout d'abord les organismes d'assurance maladie et d'assurance vieillesse avec lesquels le conventionnement est prévu par la loi et précisé par le décret du 27 juillet 2006. La convention avec la CNAV a pu être signée en octobre 2007 et celle avec la CNAMTS a abouti le 9 janvier 2008. Un travail similaire avec la caisse centrale de Mutualité sociale agricole (CCMSA) a été conduit en 2008.

Le positionnement original de la CNSA vis-à-vis des conseils généraux qu'elle est chargée d'accompagner dans la mise en place des MDPH et de la compensation individuelle s'est précisé progressivement à travers la mise en place de plusieurs instruments : outils d'animation du réseau et conventions d'appui à la qualité de service, décrits au chapitre 3. La signature d'une convention avec l'Assemblée des départements de France (ADF), doit parachever, le dispositif. L'Assemblée des départements de France a également vocation à être un lieu de partage d'expériences et de pratiques au sein duquel se construisent les prises de positions. Le décret du 20 avril 2005 prévoit que c'est elle qui désigne les représentants des conseils généraux au Conseil de la CNSA. La convention signée entre l'ADF et la CNSA en septembre 2008 organise donc leur collaboration et leurs relations relatives aux missions des MDPH, à l'échange d'expériences et d'informations entre les MDPH, aux concours financiers aux départements. Elle prévoit des travaux conjoints et un mode de travail en commun.

Une autre convention avec un nouvel organisme des politiques du handicap est en projet, avec le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique. Son élaboration bénéficiera du précédent avec l'AGEFIPH dont elle a vocation à prolonger les ambitions dans la fonction publique.

Encadré

Profil d'une équipe

Fin 2008, l'effectif de la CNSA est de 84,17 équivalents temps plein travaillés.

68 personnes sont recrutées sous contrats de droit privé relevant de la convention UCANSS ; les autres sont des agents de la fonction publique.

L'équipe de la CNSA est très féminisée (près de 65%)

La CNSA accueille chaque année entre un et deux stagiaires à temps plein ainsi qu'un apprenti.

Elle emploie 5 travailleurs reconnus handicapés.

Encadrés bilan 3 ans :

3 ans d'action

Faire et faire-savoir : les outils de communication

En trois ans, la palette d'outils de communication s'est enrichie au-delà des moyens classiques que sont les communiqués ou rencontres presse :

Les outils électroniques de communication ont été mis en place dès janvier 2006 avec l'ouverture du site Internet (www.cnsa.fr). Un site extranet a été ouvert en juillet 2006 afin de favoriser et structurer l'échange d'information avec les réseaux animés par la CNSA, MDPH, Conseils généraux et services de l'Etat. Une refonte graphique et ergonomique, début 2008, a renforcé notamment leur accessibilité qui a été labellisée.

La lettre de la CNSA rend compte trois fois par an de l'actualité de la CNSA depuis avril 2006. Elle est adressée aux interlocuteurs habituels de la CNSA, administratifs ou associatifs, à ses partenaires ainsi qu'à différents responsables publics.

Le rapport annuel, dont la transmission au Parlement avant le 15 octobre est prévue par la loi, retrace l'activité des services de la Caisse et porte l'expression de son Conseil sur le sens donné à son action. Le premier a été adopté en 2006.

La CNSA assure depuis 2006 une présence institutionnelle sur les deux salons concernant son champ, le salon Autonomic, et Géront Expo-Handicap Expo, qui ont lieu alternativement à Paris tous les deux ans en mai et juin.

Enfin, dans le cadre de sa mission légale d'information et de diffusion des bonnes pratiques en matière d'aide à l'autonomie, des partenariats presse ont été mis en place, sur une longue période comme avec Journal de l'Action sociale, la radio Vivre FM, la revue Etre Handicap Information, ou plus ponctuellement (revue Pluriels).

3 ans d'action

La mise en place d'une fonction support « financière, budgétaire et comptable »

Outre les circuits financiers existant avec les départements, hérités du FFAPA et renforcés avec la création de la PCH et des MDPH, ont été organisées les relations financières avec les régimes d'assurance maladie, la branche famille et avec l'ACOSS, dans un cadre conventionnel. Enfin, des procédures ont été mises en place et perfectionnées, afin d'assurer la gestion des dépenses courantes de fonctionnement de la Caisse ainsi que celle des subventions allouées dans le cadre des sections IV et V.

Ces opérations ont ainsi généré près de 19 000 ordonnancements, le traitement de plus de 4 000 conventions, la création d'un fichier de plus de 3 000 tiers.

La CNSA s'engage à présent sur un double axe d'amélioration :

- d'une part, en construisant un outil interne de gestion des subventions et en recherchant un applicatif comptable mieux adapté à ses besoins,
- d'autre part, en lançant un processus de contrôle interne, à travers une description détaillée de tous les processus financiers, l'identification et la hiérarchisation des risques et, au final, le recensement des contrôles existants et à développer.

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

3 ans d'action

Les conventions de la CNSA

La CNSA a tissé un réseau de partenariats institutionnels avec les organismes agissant dans son champ :

- Convention d'objectif et de gestion Etat-CNSA (23 janvier 2006)
- Agence nationale des services à la personne (ANSP) (21 août 2006)
- Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) (21 février 2007)
- Club CESU (Mai 2007) : ANSP-ADF-Réseau IDEAL
- Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) (25 juin 2007)
- Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) (4 juillet 2007)
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (11 juillet 2007)
- Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) (15 octobre 2007) pour 2007-2009
- Conventions d'appui à la qualité de service avec les cent conseils généraux (2007)
- Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) (28 novembre 2007)
- Convention financière avec la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) (3 décembre 2007)
- Institut de recherche en santé publique (IReSP) (28 mai 2007)
- GIP-Institut des données de Santé (30 avril 2007)
- Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) (9 janvier 2008) pour 2007-2009
- Fondation de coopération scientifique Alzheimer (juin 2008)
- Assemblée des départements de France (ADF) (septembre 2008)
- Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) (en cours, prévue en 2008)
- Direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé et des affaires sociales (en cours)
- Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitalier *GMSIH (en cours)*
- *Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPH-FP) (en cours)*

Au-delà de ces relations partenariales de nature institutionnelle, la CNSA a également conclu une douzaine de conventions financières avec les régimes d'assurance maladie, l'ACOSS et la CNSA et 4000 conventions de subvention avec différentes associations bénéficiant d'une aide au titre de la section 4 et de la section 5 ou des organismes avec lesquels la CNSA s'est associée autour d'un projet (l'ODAS, l'Agence nationale de la Recherche, la Haute autorité de santé, le CERAH, HACAVIE, Fondation Garches, l'UNA).

Chapitre 7 : Consolider pour développer

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

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

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

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

A) « *Penser autrement* » une politique publique.

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

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

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

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

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

S'appuyant ainsi sur cet acquis d'expérience, le Conseil de la CNSA, reprenant les termes de son rapport d'octobre 2006, souligne que la création de la CNSA a été porteuse de sens

au-delà du strict champ de ses compétences, en ouvrant une perspective pour « penser autrement » une politique publique.

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

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

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

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

B) Une régulation innovante. L'exemple de la procédure d'allocation des moyens aux établissements et services

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

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

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

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

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

s'appuie sur la concertation avec le milieu professionnel et associatif, notamment réuni au sein des CROS-MS.

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

Les PRIAC peuvent alors guider l'engagement des « **enveloppes anticipées** » de sorte que certaines actions définies comme prioritaires pourront recevoir par anticipation une autorisation d'ouverture avec une ou deux années d'avance. Le principe des enveloppes anticipées consiste en effet à autoriser tout de suite ce qui sera financé par les ONDAM des années postérieures. Cela n'a pas pour effet d'augmenter au total les crédits répartis, mais cela contribue à ce que les moyens attribués soient effectivement utilisés. A cette fin, le parti a été retenu d'un montant significatif pour ces enveloppes anticipées, pour conforter la crédibilité des programmations nationales et régionales, puisque chaque année¹.

Il est également indispensable de **suivre la réalisation effective et les ouvertures des places nouvelles**, aussi bien dans chaque département et région que pour la France entière. Une remontée d'informations s'organise de telle manière que le suivi concerne non pas seulement les autorisations de places, mais aussi toutes les places en fonctionnement réel, sans tenir compte de tout ce qui a pu se décider depuis deux ou trois ans et qui n'est pas encore sorti de terre. C'est en suivant la réalisation « effective » des places qu'on peut voir si les programmations sont bien faites². Et c'est en suivant les coûts de réalisation effectifs qu'on peut savoir si les coûts prévus dans les plans sont réalistes ou non.

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

C) Un Conseil vécu comme un espace public

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2 Des progrès restent à faire

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

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

De même restent regrettables, voire inacceptables pour certains, l'exécution insuffisante des crédits, le retard pris chaque année par la campagne de tarification, notamment pour ce qui a trait aux conventionnements tripartites, et les difficultés d'application de la démarche PATHOS³. **L'intégralité des excédents des exercices antérieurs doit être maintenue dans le budget de la Caisse et les sommes déjà prélevées doivent lui être réaffectées.**

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

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

³ Que vient compenser en partie la mobilisation de 60 formateurs PATHOS en 2009.

personnes, de moindre qualité de leur prise en charge et de risque de rupture dans l'accès à leurs droits.

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

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

7.3 La création d'un droit universel d'aide à l'autonomie.

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

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

A) « Aide à l'autonomie »

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

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

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

B) Une réponse personnalisée.

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

Chaque situation de vie doit être reconnue en ce qu'elle a de propre, et la réponse apportée vaut pour chacun en particulier. Les membres du Conseil se sont tous reconnus dans cette idée d'une convergence des méthodes d'évaluation multidimensionnelle

d'une situation partant des besoins de la personne mais d'une différenciation des réponses, ce que le Conseil a nommé « *une convergence sans confusion* ».

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

Les dispositifs actuellement en vigueur (APA – PCH) méritent d'être améliorés à la lumière de cette nouvelle donne : l'universalité, afin de mutualiser ce qui fait tronc commun et de spécialiser des compétences en fonction des besoins spécifiques de chacun. Pour certains, on peut maintenir la diversité des termes pour les aides existantes, à condition que les modalités d'évaluation soient les mêmes. Pour d'autres, on doit rassembler sous le même vocable l'ensemble des prestations mobilisées, « la prestation personnalisée de compensation », pour marquer nettement le refus de voir une barrière d'âge conduire à des différences de réponses administratives. Cela étant, le Conseil a toujours veillé à ce que ses réflexions ne soient pas réductibles à une pure et simple fusion financière de l'APA et de la PCH, ce qui viderait de son sens l'ambition du droit recherché⁴.

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

C) Un « droit universel »

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

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

Mais si un financement contractuel et des mécanismes de prévoyance devaient être envisagés par les pouvoirs publics, la majorité des membres du Conseil préfère alors nettement la prévoyance collective à la prévoyance individuelle. Pour le conseil, la prévoyance collective peut s'entendre dans son acception habituelle, c'est-à-dire issue de la concertation entre les représentants des employeurs et les représentants des salariés, mais aussi sous d'autres formes rendant l'accès à ce type de contrat plus accessible que par la simple adhésion individuelle.

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

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

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

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

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

Les ministres ont exprimé le 28 mai devant les membres du Conseil de la CNSA leur souhait de mettre en place, dans le cadre du 5^{ème} risque, « *un véritable partenariat public-privé avec les organismes de prévoyance individuelle et collective* ». Pour réussir, un partenariat public-privé devrait s'appuyer sur le préalable d'outils communs, et donc co-élaborés par tous les acteurs concernés, de reconnaissance de la perte d'autonomie, notamment des référentiels communs et une information objective tant sur les aides publiques que les contrats privés, en contrepartie du respect de critères de solidarité, dans le cadre d'un cahier des charges garantissant des choix éclairés de ceux qui voudront y souscrire. La CNSA constituée, par son Conseil, l'espace public permettant de mieux faire vivre l'ambition d'un tel partenariat⁶.

7.4 La consolidation d'une gouvernance nouvelle⁷

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

A) Gouvernance et champ d'action des MDPH

La Conférence nationale sur le handicap du 10 juin 2008 a mis en lumière l'inadaptation, par certains aspects, des conditions de fonctionnement des MDPH à leurs missions ; ainsi le

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

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

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

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

cadre juridique des GIP, s'il a permis transparence du fonctionnement et mise en place rapide en mutualisant les moyens, s'avère pénalisant au quotidien, notamment par l'instabilité des personnels mis à disposition.

Plusieurs aspects doivent être traités :

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

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

A terme, il serait conforme au souhait de créer un droit universel d'aide à l'autonomie⁸, que les MDPH évoluent en « Maisons départementales pour l'autonomie » (MDA) assurant le même service au bénéfice de l'ensemble des personnes requérant une aide à l'autonomie, quels que soient l'âge et la cause de la perte d'autonomie.

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

En tout état de cause, **il serait souhaitable, pour des raisons de meilleure rationalité dans l'organisation des circuits de financement, que la CNSA concentre sur son budget l'ensemble des moyens nationaux d'accompagnement du fonctionnement des MDPH.** Cette hypothèse, qui concernerait les crédits d'aide au fonctionnement et le financement des fonds de compensation⁹, n'est recevable **qu'à la stricte condition d'un transfert réel des ressources correspondantes pour que l'opération ne soit pas l'occasion d'un désengagement de l'Etat.**

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

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

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

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

Cela induit des réponses qui, si elles doivent être mieux coordonnées, n'en sont pas moins différentes¹⁰. Les dispositions législatives et réglementaires devront prendre en compte la perspective d'espaces nécessaires de convergence entre le sanitaire, le médico-social et le social, tout en ne niant pas les spécificités des réponses apportées.

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

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

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

Certains membres du Conseil auraient préféré que l'intégration du secteur médico-social dans le champ de compétence des ARS soit différée et que soit préalablement ajustée l'articulation avec les Conseils généraux, et que soit précisé également le champ du 5^{ème} risque. A défaut d'un tel report, ils demandent instamment que le système de gouvernance envisagé soit revu, afin que soient associées, à cette gouvernance tous les secteurs

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

concernés (Education Nationale, Travail, Culture et surtout Conseils Généraux), afin également que soit préservée la spécificité « *empowerment* » du secteur¹¹.

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

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

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

Pour certains membres du Conseil, la perspective d'introduire dans le cadre de la procédure d'autorisation des institutions sociales et médico-sociales en lieu et place de la consultation des CROSMS, un dispositif d'appel à projets, ne peut être retenu sans risquer de déstabiliser toute la logique de la structuration de l'offre¹². Pour eux, ce mode de régulation limite le rôle des acteurs engagés dans ce secteur à de simples prestataires de services. Il s'agirait d'une grave remise en cause des équilibres trouvés au sein de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, compte tenu de l'effet d'aubaine induit par ce mode de sélection des projets qui favorise notablement les organismes s'inscrivant dans une logique de promotion immobilière¹³.

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

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

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

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

C) La CNSA : vers un opérateur national de plein exercice.

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

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

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

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

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

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

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

En prolongement, un ensemble d'instruments opérationnels, aujourd'hui co-pilotés avec l'administration centrale qui les a initiés, voire pour certains encore gérés par l'administration centrale, doit faire l'objet d'une mise à plat dans le cadre de la RGPP afin de déterminer ceux qui devraient être clairement et entièrement de la responsabilité de l'opérateur, pour ce qui est de leur mise en œuvre technique, et ceux qui resteraient de la compétence de l'administration centrale : CPOM, promotion des GCSMS, GEM, formation et qualification des personnels (section IV du budget de la CNSA), modernisation de l'aide à domicile, aides à l'investissement, prévention du programme « bien vieillir », moyens de fonctionnement des MDPH hors personnel de l'Etat, suivi des ESAT¹⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le transfert de ce « pouvoir réglementaire délégué » à l'opérateur serait ainsi de nature à permettre une élaboration plus transparente, et une adaptation des normes opposables plus rapide et plus en phase avec les pratiques et contraintes de terrain¹⁶. Pour assurer le rôle de garant de l'Etat, ce pouvoir réglementaire délégué ferait partie des actes soumis à communication et approbation des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget.

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

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

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