



**COMMUNICATION À LA COMMISSION DES FINANCES ET À LA
COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

**Article 58-2° de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances
Article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières**

**LA MISE EN ŒUVRE DES
MISSIONS DE LA CAISSE
NATIONALE DE SOLIDARITÉ
POUR L'AUTONOMIE
(CNSA)**

Octobre 2013

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	7
RÉSUMÉ.....	9
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I - LE CADRE D'INTERVENTION DE LA CNSA	21
I - Place et positionnement de la CNSA.....	21
A - Missions.....	21
B - L'exercice de la tutelle par l'État.....	22
C - Les relations avec la CNAMTS et des agences de l'État.....	25
D - Les relations avec les ARS et les départements	26
II - Organisation et fonctionnement de la CNSA	28
A - La gouvernance	28
B - Les comptes et l'utilisation des réserves	30
C - Les systèmes d'information	38
CHAPITRE II - L'ADAPTATION DE L'OFFRE COLLECTIVE DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX.....	45
I - Le soutien à la programmation médico-sociale	46
A - Des carences dans la connaissance des besoins	46
B - L'absence d'implication directe	48
II - Les moyens d'action	50
A - La répartition des moyens nouveaux : les grands plans nationaux	50
B - La modulation de la reconduction des moyens	71
C - Le financement de mesures spécifiques.....	73

III - L'analyse des coûts et des tarifs des ESMS.....	78
A - Les études de coûts.....	78
B - L'analyse des comptes administratifs	80
C - Le tableau de bord partagé des ESMS.....	80
CHAPITRE III - L'ANIMATION DU RÉSEAU DES MDPH.....	85
I - Les MDPH et la CNSA	85
II - Le soutien au fonctionnement, à l'animation et à l'harmonisation des pratiques.....	87
A - L'aide financière de la CNSA au fonctionnement des MDPH.....	87
B - L'animation du réseau.....	87
C - L'harmonisation des pratiques.....	89
III - La dématérialisation et les systèmes d'information.....	92
A - La dématérialisation	92
B - État d'avancement du SipaPH	92
CHAPITRE IV - LES CONCOURS AUX DÉPARTEMENTS POUR LA COMPENSATION INDIVIDUELLE DE LA PERTE D'AUTONOMIE.....	97
I - Les concours de la CNSA aux départements pour le cofinancement des prestations d'autonomie	99
A - Évolution de la dépense des départements et de la part cofinancée par la CNSA.....	99
B - Des concours encadrés par des règles de péréquation financière	102
C - La procédure de répartition des concours	104
D - Le contrôle et le suivi de la dépense.....	106
II - Des disparités d'attribution des prestations aux causes multiples	107
A - Le constat.....	107
B - Les conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap : des dispositifs complexes	113
C - Les divers déterminants des niveaux d'attribution des prestations	116

III - Les actions de la CNSA pour contribuer à l'égalité et à la qualité de traitement.....	120
A - Les propositions d'évolution des critères de répartition	120
B - Accompagner les équipes territoriales dans l'attribution des prestations et renforcer la connaissance des prestations	122
 CONCLUSION GÉNÉRALE	 133
 ANNEXES	 135

Avertissement

La Cour a été saisie¹ le 20 novembre 2012 d'une demande de rapport, sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), par les présidents de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire et de la commission des affaires sociales ainsi que les coprésidents de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale. Cette demande a été effectuée en application des dispositions de l'article 58-2° de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières. Le rapport, destiné à la MECSS, porte sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour l'accompagnement de la perte d'autonomie et l'égalité de traitement des personnes concernées.

Le Premier président a répondu le 14 janvier 2013 en indiquant que le rapport préparé par la Cour serait communiqué à l'Assemblée nationale fin octobre 2013. Par lettres du 26 mars 2013², il a précisé le champ des travaux de la Cour.

Cette enquête a porté sur la place et le positionnement de la CNSA dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques d'accompagnement à la perte d'autonomie, à la fois en matière d'aides individuelles, en matière d'offre collective et dans l'exercice des missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

L'instruction, réalisée au cours du premier semestre 2013, a été conduite à partir de l'exploitation des réponses reçues à des questionnaires, de vérifications sur pièces et d'entretiens conduits auprès de la CNSA, des administrations centrales et des divers organismes

¹ Cf. annexe 1.

² Cf. annexe 2.

concernés : agences de l'État³, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), deux fédérations d'organismes gestionnaires, l'Assemblée des départements de France. Des entretiens ont également eu lieu avec les agences régionales de santé (ARS) d'Île-de-France, de Rhône-Alpes et du Nord-Pas-de-Calais, et avec trois départements et trois maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en Essonne, Eure-et-Loir et dans le Pas-de-Calais.

Les travaux récents sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ainsi que sur les politiques entrant dans son champ de compétence menés par la Cour des comptes, l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales ainsi que les rapports d'information réalisés par le Parlement ont été utilisés dans le cadre de l'instruction.

Un relevé d'observations provisoires a été adressé le 1^{er} août 2013 au président du conseil de la CNSA, au directeur de la CNSA, au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, à la directrice générale de la cohésion sociale, au directeur du budget, au directeur de la sécurité sociale, au président de l'Assemblée des départements de France ; d'autres destinataires en ont reçu des extraits. Les réponses sont parvenues à la Cour entre le 13 septembre et le 1^{er} octobre 2013. Le directeur de la CNSA et la directrice générale de la cohésion sociale ont été entendus en audition par la cinquième chambre de la Cour le 2 octobre 2013.

Le présent rapport, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête effectuée, a été délibéré le 2 octobre 2013 par la cinquième chambre de la Cour des comptes, présidée par Mme Froment-Meurice, présidente de chambre, et composée de MM. Duchadeuil, Davy de Virville, Ténier, Mme Froment-Védrine, MM. Baccou et Sépulchre, Mmes Bouygard et Esparre, conseillers maîtres, les rapporteurs étant MM. Carcagno et Thomas, conseillers référendaires, M. Antoine, conseiller maître, étant contre-rapporteur.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 15 octobre 2013 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, Bertrand, rapporteur général du comité, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Levy, Lefas, Briet, Mme Ratte, M. Vachia, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

³ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Résumé

Les missions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), fixées par la loi, et ses objectifs, précisés par la convention d'objectifs et de gestion (COG), sont larges et exigeants. La CNSA doit assurer une gestion performante du financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) en veillant à une répartition équitable de l'offre sur l'ensemble du territoire français. Elle doit aussi développer les outils permettant de mettre en œuvre une politique équitable de compensation individuelle de la perte d'autonomie et assurer la structuration d'un réseau territorial de qualité à destination des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie.

À des degrés divers, les constats de la Cour sont communs aux trois missions ayant fait l'objet du contrôle ; ils peuvent être résumés en trois points :

- la CNSA s'est progressivement efforcée de répondre aux missions exigeantes que lui assigne la loi ; elle occupe aujourd'hui, dans le secteur médico-social, une place centrale reconnue par l'ensemble des acteurs ;
- mais presque dix ans après sa création, la mise en œuvre de ses missions reste perfectible, car la CNSA est encore dépourvue d'outils informatiques et d'instruments de connaissance des besoins, à la hauteur de ses objectifs ;
- surtout, ces missions ambitieuses s'exercent dans le contexte d'une organisation décentralisée qui limite les possibilités d'action de l'établissement public national qu'est la CNSA.

La gouvernance de la CNSA est originale avec un conseil dont la composition est plurielle, assisté d'un conseil scientifique dont la fonction d'appui pourrait sans doute être davantage sollicitée. Le budget de la CNSA est divisé en six sections correspondant aux missions de l'établissement. La section I, qui retrace les crédits consacrés à l'offre collective, connaît depuis l'origine un excédent structurel que la CNSA tente de résorber notamment grâce à l'introduction d'un mécanisme de gestion en autorisations d'engagement. Si la plus grande part de cet excédent a bien financé des actions correspondant au champ de compétence de la CNSA, une partie a été utilisée par l'État pour financer des actions sans rapport avec l'action de la CNSA ou constituant des transferts de charges.

Sur les systèmes d'information

La CNSA ne dispose pas des systèmes d'information adaptés à l'ampleur de ses missions et à l'exigence de ses objectifs.

Deux constats prédominent : le manque de cohérence des applications de la CNSA construites « en silos », conçues pour la plupart antérieurement à la création des ARS, et l'absence persistante d'outils informatiques permettant de connaître les besoins collectifs à partir des évaluations individuelles des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées.

Consciente, comme ses tutelles, de ces faiblesses, la CNSA a lancé un grand chantier « d'urbanisation » des systèmes d'information, et elle déploie peu à peu le système d'information HAPI pour l'allocation des ressources des agences régionales de santé (ARS).

Dans le domaine des personnes handicapées, des progrès pourraient être réalisés avec la mise en place du système d'information national SipaPH, qui a pris beaucoup de retard.

Sur l'adaptation de l'offre collective d'ESMS

Dans l'exercice de sa mission de répartition équitable de l'offre d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) sur l'ensemble du territoire, la CNSA doit surmonter des difficultés en matière de programmation : la connaissance des besoins de la population en ESMS est faible et complexe à cerner, et la CNSA ne peut revendiquer une implication directe, celle-ci revenant aux agences régionales de santé (ARS).

La période 2007-2012 a été marquée par un effort très important de création de places dans les ESMS dans le cadre de plans nationaux d'équipement. La durée et le volume de ces plans ainsi que les marges de manœuvre laissées aux échelons territoriaux pour les mener ont conduit à des écarts importants entre prévisions et réalisations des plans dans le secteur des personnes âgées.

Les critères, décidés par la CNSA, de répartition de ces moyens nouveaux sont sommaires et peu nourris d'approche territoriale. Cette intervention de la Caisse est, de plus, contrariée par une mesure d'excessive prudence, l'encadrement par un « serpent », mécanisme de nature à freiner la résorption des écarts de l'offre entre les territoires et par un biais sérieux, « la réserve nationale » à disposition du ministre chargé des affaires sociales.

Une répartition équitable des moyens entre les ESMS devrait également passer par une bonne connaissance de leurs prestations, de

leurs coûts et de leurs tarifs. Or les efforts en ce domaine sont récents et ne produiront de premiers résultats qu'en 2014.

Sur l'animation du réseau des MDPH

La CNSA a pour mission « d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation ».

Ces actions d'animation du réseau sont bien perçues dans les MDPH : la CNSA jouit d'une réputation de professionnalisme, de sérieux et de réactivité.

Pour progresser vers l'harmonisation, et dans la limite des compétences qu'elle peut légalement exercer face à des collectivités décentralisées, la CNSA élabore et diffuse des documents d'aide à la décision et d'appui aux pratiques. Par ailleurs, en réalisant un bilan annuel de l'activité des MDPH, elle permet à ces dernières de se situer entre elles en termes d'activité, de budget et de prestations.

La CNSA accompagne également les MDPH dans la démarche de dématérialisation. S'agissant du système d'information Sipaph, elle reste tributaire de l'état très inégal d'avancement, selon les départements, des différentes étapes préalables à son déploiement.

Sur le concours aux départements pour la compensation individuelle de la perte d'autonomie.

La CNSA est chargée de la bonne allocation des concours aux départements et de contribuer à l'égalité de traitement des bénéficiaires sur le territoire.

Elle alloue des concours financiers aux départements représentant en 2012 30,8 % du montant des dépenses d'allocations personnalisées d'autonomie (APA) et 39 % du montant des dépenses de prestations de compensation du handicap (PCH). Les règles de péréquation financière, définies par la loi et les règlements qu'elle applique, conduisent à une répartition hétérogène des concours financiers et ne constituent pas un levier permettant de contribuer à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la PCH présentent de fortes disparités d'attribution qui apparaissent notamment dans la forte dispersion des taux départementaux de bénéficiaires et dans les écarts du montant de la dépense par bénéficiaire. Ces fortes disparités sont notamment liées à la complexité des dispositifs et aux nombreux

déterminants qui peuvent influencer sur le nombre de demande, le taux d'accord ou la valorisation du plan d'aide ou de compensation.

Dans l'exercice de sa mission d'animation du réseau des MDPH, la CNSA a produit de nombreux outils (guides, schémas, référentiels) et favorisé l'échange de bonnes pratiques de nature à contribuer à la réduction des disparités d'attribution. L'impact de ce travail n'a pas encore été mesuré. S'agissant de l'APA, la mise en œuvre de sa mission est gênée car la CNSA n'a pas la compétence pour animer les équipes départementales chargées de l'attribuer.

Liste des recommandations

1. développer le rôle du conseil scientifique de la CNSA pour améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées ;
2. définir avec les Agences régionales de santé (ARS) une maquette homogène de schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) permettant leur synthèse et la réalisation de comparaisons territoriales ;
3. préciser les critères de répartition des moyens nouveaux de création de places dans les territoires ;
4. mettre fin à la pratique de la réserve nationale ;
5. revoir le mécanisme de lissage des réductions des écarts interrégionaux appelé « serpent » ;
6. évaluer les besoins de modernisation des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour en anticiper le financement ;
7. coordonner et valoriser les initiatives prises par les ARS pour progresser dans la connaissance des coûts des ESMS du secteur des personnes handicapées ;
8. favoriser l'adoption de nouveaux critères de péréquation pour l'attribution des concours de la CNSA en matière d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en s'appuyant sur les travaux et simulations de la CNSA et sur la refonte du critère du potentiel fiscal ;
9. étendre à la CNSA, pour l'attribution de l'APA, le rôle d'animation et d'appui méthodologique qu'elle exerce pour la prestation de compensation du handicap (PCH).

Introduction

Deux ans et demi après le vote de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a marqué une étape importante dans l'organisation du secteur médico-social.

Le secteur social et médico-social est un ensemble hétérogène, à plusieurs titres différent du secteur sanitaire. Étroitement lié aux dispositifs de l'aide sociale, il compte de très nombreux acteurs au sein de l'État, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale. Les établissements sociaux et médico sociaux sont plus nombreux et de plus petite dimension que les établissements sanitaires : ils sont 17 000 dans le seul champ d'intervention de la CNSA, éclatés en structures très diverses suivant le public concerné (enfants handicapés, adultes handicapés, personnes âgées), le mode d'intervention (hébergement en établissement médicalisé ou non, en hébergement temporaire ou en accueil de jour, intervention à domicile) et les financements ou cofinancements (assurance maladie, conseils généraux, État).

Fruit de l'urgence constatée à l'occasion de la canicule d'août 2003, la CNSA a été instituée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées⁴. Sa première mission a été de « sanctuariser » les crédits issus de la « journée de solidarité » et de répartir ces moyens de manière équitable pour accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées⁵.

⁴ Exposé des motifs de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : « Le drame de la canicule estivale a montré que notre pays n'avait pas suffisamment pris en compte les conséquences humaines du vieillissement de notre société et en particulier l'isolement et la fragilité de beaucoup de personnes âgées. Plus largement il a révélé le retard pris par notre pays dans la prise en charge des personnes dépendantes. Une amélioration de cette prise en charge doit être engagée tant en ce qui concerne les personnes âgées que les personnes handicapées. Cette réforme repose sur la prise en charge globale de la dépendance. Elle se traduit par la création d'une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par un financement spécifique affecté à cette prise en charge. Ce financement repose sur une solidarité active, sous forme d'une journée de travail supplémentaire, et en contrepartie, d'une contribution des employeurs. Cette solidarité est élargie aux revenus du patrimoine et des placements ».

⁵ Sur les conditions de création de la CNSA, cf. Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*, La Documentation française, juillet 2006, 59 p., disponible [sur www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

Reprenant le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la CNSA a vu ensuite ses missions étendues aux personnes handicapées par l'article 55 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui a notamment créé la prestation de compensation du handicap (PCH) et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Dans ce cadre, elle verse aux départements une partie de ses ressources pour contribuer au financement de ces aides individuelles. À côté de ses missions financières, la CNSA a assumé dès ce moment des missions d'expertise, d'évaluation, d'information et de coopération, que les lois de financement de la sécurité sociale des 19 décembre 2007 et 24 décembre 2009 ont ensuite étendues.

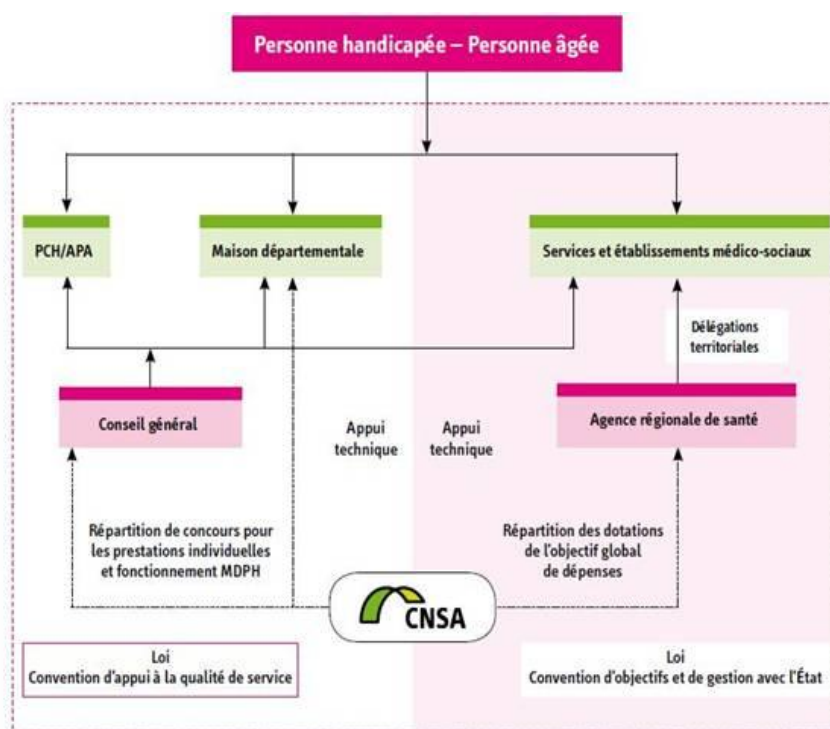
Ainsi la CNSA a acquis dès les premières années de son existence un rôle pivot au sein du secteur médico-social. Véritable carrefour, la CNSA est dotée d'une gouvernance qui reflète la diversité des parties prenantes, à travers son conseil, parfois qualifié de « Parlement du médico-social »⁶. Ce conseil, très original par sa composition riche et fédératrice, témoigne de l'innovation que constitue la CNSA, qui n'est ni un opérateur de l'État, ni une caisse de sécurité sociale, ni un groupement d'intérêt public (GIP) associant les collectivités territoriales, mais un établissement public de l'État, chargé d'assurer la cohérence d'une action publique partagée entre de multiples pôles de décision.

Dans la période plus récente, la création des agences régionales de santé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a donné à la CNSA des interlocuteurs de premier rang avec lesquels elle coopère quotidiennement et qui confortent encore son assise dans le secteur médico-social. Enfin la loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées a consolidé la mission d'animation du réseau des MDPH qu'assure la CNSA, et qui contribue aux liens étroits qu'elle entretient avec les conseils généraux.

La CNSA est en relation avec un grand nombre d'acteurs, mais pas directement avec les personnes bénéficiant des aides, comme le montre le schéma ci-après.

⁶ Rapport d'information n° 2687 en conclusion des travaux de la mission de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur les missions et l'action de la CNSA, déposé le 30 juin 2010 et présenté par Mme Bérengère Poletti, députée.

Graphique n° 1 : acteurs en relation avec la CNSA



Source : CNSA

La CNSA exerce ses missions dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État, le 24 avril 2012, la deuxième depuis sa création. Elle a pour principales ressources l'objectif national de dépenses (ONDAM) médico-social issu du vote de la loi de financement de la sécurité sociale (plus de 80 % des ressources de l'établissement) et les produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et d'une part de la contribution sociale généralisée (CSG).

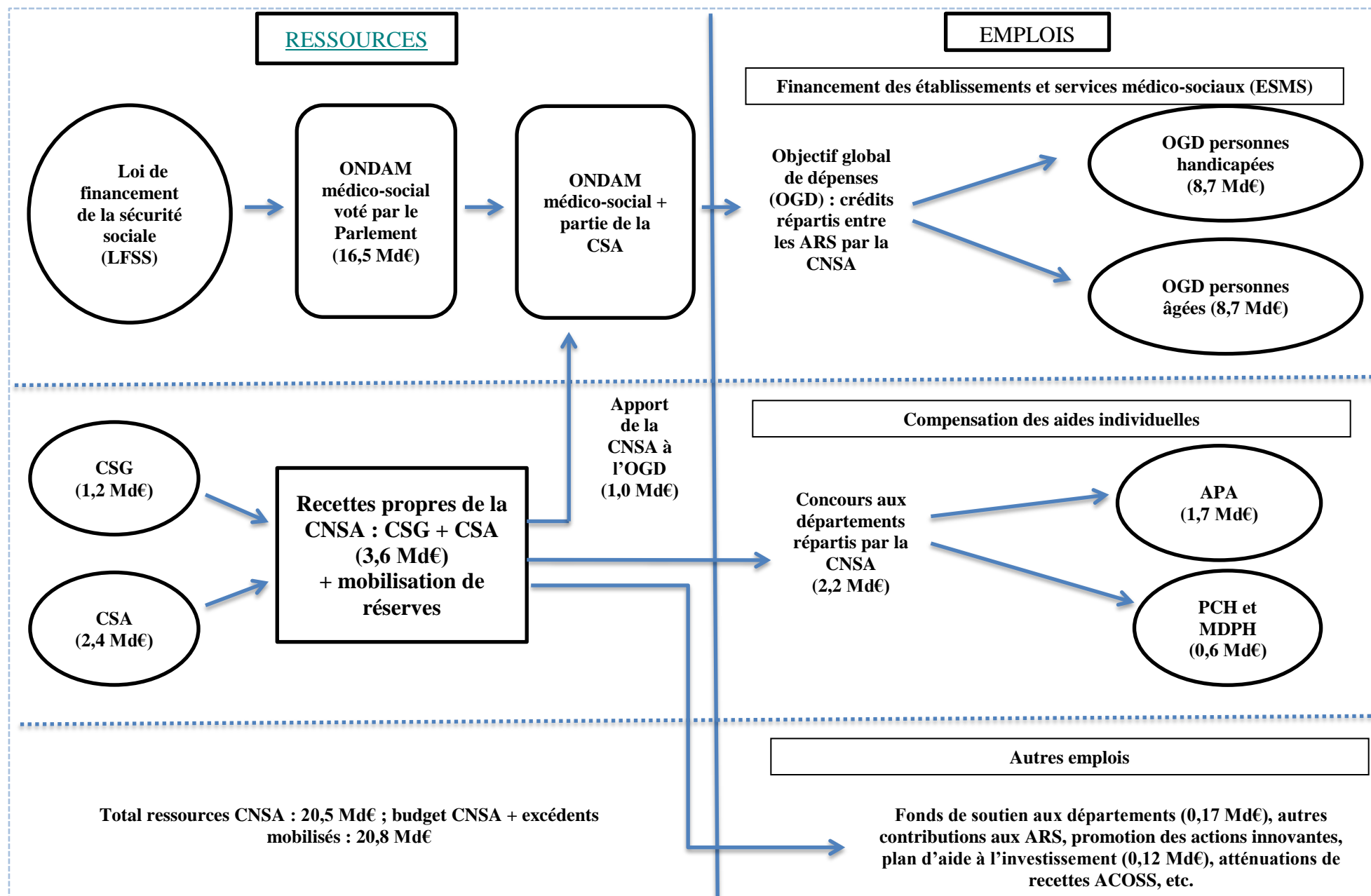
Ses principales charges sont constituées par l'objectif global de dépenses (OGD) (85 % du total), qui représente le remboursement des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre des établissements et services médico-sociaux (ESMS), et par les concours versés aux départements au titre de la compensation des versements d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de prestation de compensation du

handicap (PCH), comme l'indiquent le schéma ci-après et le tableau présenté en annexe 4.

Après un premier chapitre (I) sur le cadre d'intervention de l'établissement public, le présent rapport s'attache à montrer et à apprécier comment la CNSA met en œuvre les objectifs ambitieux qui lui sont fixés par la loi et par la COG de veiller au respect de l'égalité de traitement des personnes âgées et handicapées et de répartir équitablement les ressources sur le territoire, dans l'exercice de chacune de ses trois principales missions :

- l'offre collective en établissements et services médico-sociaux (chapitre II) ;
- l'animation du réseau des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (chapitre III) ;
- les concours aux départements pour la compensation individuelle de la perte d'autonomie (chapitre IV).

SCHEMA SIMPLIFIE DES PRINCIPAUX CREDITS GERES PAR LA CNSA EN 2012 (EN MILLIARDS D'EUROS)



Source : Cour des comptes d'après un schéma Assemblée nationale

Chapitre I

Le cadre d'intervention de la CNSA

I - Place et positionnement de la CNSA

La loi et la convention d'objectifs et de gestion (COG) confient à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des missions et des objectifs exigeants qu'elle ne peut mettre en œuvre et atteindre qu'en mobilisant de nombreux acteurs.

A - Missions

Fixées par l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), cinq missions principales ont été confiées à la Caisse :

- une mission financière, la CNSA étant chargée de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées, tant à domicile qu'en établissement, en étant garante de l'égalité de traitement de ces personnes sur l'ensemble du territoire national ;
- une mission de répartition des crédits de l'assurance maladie destinés aux personnes âgées et handicapées en veillant à une prise en compte de l'ensemble de leurs besoins ;
- une mission d'expertise technique et de proposition pour établir les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que les outils et

méthodes pertinents pour évaluer les besoins individuels de compensation ;

- une mission d'évaluation, la CNSA étant chargée de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données pour améliorer l'analyse de la perte d'autonomie et de ses conséquences en termes de besoins de compensation ;
- la CNSA doit assurer un ensemble plus large de missions d'information et de conseil, de partage d'expériences, de diffusion des bonnes pratiques pour l'évaluation des besoins individuels ; elle doit aussi veiller à l'équité du traitement des demandes.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 a ajouté une nouvelle mission : contribuer au financement des investissements destinés à la mise aux normes, à la modernisation et à la création de places nouvelles en établissements sociaux et médico-sociaux, afin d'augmenter les capacités d'accueil aujourd'hui déficitaires par rapport à la demande, dans le secteur des personnes âgées et handicapées.

En dernier lieu, la LFSS n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 a renforcé le rôle de la Caisse en matière de régulation de l'offre provenant des établissements et services qui entrent dans son champ de compétence (art. L. 14-10-1, 11°) : elle doit analyser, sur la base de données transmises par les gestionnaires, les coûts et les tarifs de ces opérateurs. Cette disposition entend concourir à la logique désormais à l'œuvre dans le secteur sous le nom de « convergence tarifaire » : il s'agit d'atténuer les disparités de coûts entre établissements de même nature, souvent héritées des modes de régulation antérieurs, de façon à contraindre ces derniers à rejoindre un « coût moyen », la puissance publique attendant de cette évolution un meilleur contrôle des dépenses.

B - L'exercice de la tutelle par l'État

Trois directions ministérielles sont chargées de la tutelle sur la CNSA. Étant l'interlocutrice principale de la CNSA, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) joue un rôle de chef de file, aux côtés de la direction de la sécurité sociale et de la direction du budget.

En tant qu'administration centrale, la DGCS a la responsabilité de l'élaboration des textes législatifs ou réglementaires, notamment dans le domaine tarifaire. Elle coordonne, pour le compte du ministre chargé des

personnes âgées et du ministre chargé des personnes handicapées, les relations avec la direction de la sécurité sociale (DSS) en vue de l'élaboration du PLFSS et des arrêtés de mise en œuvre de la LFSS.

Sa tutelle sur la CNSA est essentiellement technique et budgétaire : la DGCS vérifie les répartitions budgétaires de l'objectif global de dépenses (OGD). Elle porte à l'arbitrage la répartition du gel de précaution effectué par la direction du budget sur la base de la proposition de la CNSA. Elle intervient auprès des cabinets ministériels sur les arbitrages d'exécution infra-annuels.

La CNSA et la sous-direction de l'autonomie de la DGCS ont des relations régulières avec les collectivités territoriales et avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et assurent la diffusion des bonnes pratiques. Malgré la clarification apportée par la convention d'objectifs et de gestion (COG), il peut arriver que la DGCS et la CNSA interviennent en doublon sur les champs très larges qu'elles couvrent.

Les attentes, des agences régionales de santé (ARS) notamment, vis-à-vis de l'administration centrale portent en particulier sur les questions liées à la réglementation sur la tarification ou sur des thèmes précis tels que la construction d'une doctrine d'emploi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Sur ce plan, la publication le 25 juillet 2013, d'une circulaire relative à la mise en œuvre du CPOM, adressée aux directeurs généraux des ARS, répondait manifestement à un besoin.

De son côté, la DSS intervient essentiellement à deux niveaux : l'élaboration et le suivi de la convention d'objectifs et de gestion (COG) et le pilotage de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social et de l'OGD. Elle assure en particulier l'interface entre la CNSA et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

La tutelle de l'État se traduit par des prises de position et des votes au conseil (où il n'est pas juridiquement majoritaire, mais surtout, par l'élaboration et le suivi d'une convention d'objectifs et de gestion (COG).

Une première convention a été conclue entre l'État et la CNSA pour la période 2006-2009 ; elle se limitait à définir les missions de la nouvelle agence et à poser les règles du jeu. Comme indiqué par le directeur de l'établissement au conseil de la CNSA du 17 novembre 2009, cette première convention « avait insuffisamment priorisé les objectifs à atteindre et n'a pas pu lever toutes les zones d'incertitude dans les relations entre l'État et la CNSA. (...). Ont également été recensées des

insuffisances dans la mise en œuvre de la COG sur certains de ses éléments ».

Le renouvellement de la convention, seulement en 2012, a tardé, laissant la CNSA sans objectifs clairement fixés pendant trois ans.

La COG 2012-2015 a été signée le 24 avril 2012, pour l'État par les trois ministres chargés de la santé, du budget et de la cohésion sociale et la secrétaire d'État en charge des solidarités et de la cohésion sociale, et pour la CNSA, par son directeur et par le président du conseil.

Cette deuxième COG est plus complète et plus ambitieuse que la précédente. Elle clarifie le rôle et les attributions respectives de la CNSA et de ses tutelles, et définit pour les quatre années à venir les missions majeures de la CNSA, articulées autour d'objectifs prioritaires « clairement et limitativement » définis. La CNSA a ainsi en charge :

- l'amélioration de la gestion de la compensation collective qui doit permettre de mettre en place une programmation adaptée aux besoins et d'assurer la maîtrise et le suivi d'exécution de l'ONDAM et de l'OGD (objectif 1), de mettre en œuvre une politique de développement de l'efficacité (objectif 2), de structurer les échanges avec les ARS, en appui à la programmation et à la gestion des campagnes budgétaires (objectif 3) ;
- le suivi de la mise en œuvre de la compensation individuelle et une contribution à son harmonisation sur le territoire national. Il s'agit de concilier la proximité des dispositifs gérés au plan local avec l'égalité de traitement des demandes sur l'ensemble du territoire et la qualité et l'efficacité des dispositifs (objectif 4 : allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation de compensation du handicap (PCH) ; objectif 5 : MDPH ; objectif 6 : efficacité de l'aide à domicile) ;
- la participation au développement de la connaissance des enjeux à moyen terme de la perte d'autonomie ;
- l'optimisation de la gestion interne de la Caisse, en structurant les échanges avec les autres acteurs publics du champ de l'aide à l'autonomie.

L'ensemble des objectifs de la COG fait l'objet d'un « comité de suivi ». Il doit permettre l'examen partagé entre les signataires, au moins une fois par an, de la progression de la mise en œuvre des objectifs définis. Trois réunions de ce comité ont eu lieu depuis la signature de la COG.

Par ailleurs, le législateur a souhaité, lors de la réforme en 2005 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, annexer au projet de loi de financement de la sécurité sociale un document qui présente les grands objectifs poursuivis par les politiques de sécurité sociale et mesure les progrès réalisés vers ces objectifs. Parmi les six « programmes de qualité et d'efficience » (PQE), portant sur les grandes politiques de sécurité sociale, le PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » comprend quatre objectifs très larges :

- assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides ;
- répondre aux besoins d'autonomie des personnes handicapées ;
- répondre aux besoins d'autonomie des personnes âgées ;
- garantir la viabilité financière de la CNSA.

Ce programme implique d'autres « responsables administratifs portant les politiques à titre principal » puisque sur les onze couples indicateurs-cibles, la CNSA n'est entièrement responsable que de cinq couples. Les autres responsables sont la direction de la sécurité sociale (DSS), la caisse nationale d'allocation familiale (CNAF), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Haute autorité de santé (HAS).

C - Les relations avec la CNAMTS et des agences de l'État

Les relations contractuelles entre la CNSA et la CNAMTS sont de deux types : des conventions partenariales dites « métier » et des conventions financières.

Le contenu de ces conventions est précisé par les articles D. 14-10-55 et suivants du code de l'action sociale et de la famille. Il s'agit de la coordination des actions respectives des caisses portant sur la prévention, le soutien à domicile, les aides techniques, les contributions au fonctionnement des MDPH, les opérations d'aide à l'investissement, les actions expérimentales, des échanges d'information nécessaires à cette coordination, des analyses et études communes.

Alors que la convention précédente a expiré fin 2009, la nouvelle convention de partenariat dite « métier » a tardé à lui succéder. Elle n'a été signée que le 24 mai 2013.

La CNSA est liée à la CNAMTS par une autre convention, dite « financière », tripartite celle-ci (avec l'ACOSS), qui régit les relations

financières entre ces établissements. Elle a été signée en décembre 2007 et est toujours en vigueur.

La CNSA siège au conseil d'administration de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). À ce titre, elle propose chaque année des thèmes pour le programme de travail de cette agence. La CNSA et l'ANAP conduisent des travaux communs qui visent à promouvoir la performance dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), en particulier le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social.

Les relations entre l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et la CNSA sont encadrées par une convention signée en 2007 modifiée par avenant en 2009. La CNSA est membre du conseil d'administration et du comité d'orientation stratégique de l'ANESM. Elle participe à l'élaboration du programme de travail de l'ANESM et a été associée à l'élaboration de certaines recommandations.

Depuis l'année 2012, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) apporte son expertise et son expérience afin d'élaborer des échelles de coûts adaptées aux caractéristiques du secteur médico-social. Elle travaille à la mise en place d'une étude de coûts (soins, dépendance et hébergement) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces travaux font l'objet d'une convention annuelle entre l'ATIH et la CNSA.

D - Les relations avec les ARS et les départements

Dans l'exercice de ses missions, la CNSA est en relation permanente avec deux acteurs majeurs dans son champ d'action : les agences régionales de santé (ARS)⁷ et les départements.

1 - Les agences régionales de santé (ARS)

La première mission de la CNSA est d'attribuer chaque année aux ARS une dotation régionale limitative (DRL) qui leur permet d'allouer les moyens aux établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Le directeur de la CNSA est membre du conseil national de pilotage (CNP) des ARS présidé par le ministre ou, par délégation, le

⁷ Sur la création des ARS, cf. notamment Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2012*, Chapitre VIII, La mise en place des agences régionales de santé, pp. 233-260, La Documentation française, septembre 2012, 576 p., disponible [sur www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Toutes les instructions aux ARS sont soumises à l'aval du CNP. Réciproquement, le secrétaire général est membre du conseil de la CNSA.

Le SGMAS pilote les dialogues de gestion techniques conduits par les directions ministérielles et la CNSA avec chaque ARS entre novembre et février. Au cours de ces réunions, environ deux heures en moyenne sont consacrées à la séquence médico-sociale animée essentiellement par la CNSA.

Pour la première fois en 2013, la circulaire budgétaire adressée aux ARS a été commune et signée conjointement par la CNSA, la DGCS et la DSS, ce qui constitue une évolution positive.

En outre, la CNSA participe au financement des ARS pour des thématiques particulières. Elle répartit le fonds d'aide à domicile versé aux services bénéficiaires par les ARS.

Les systèmes d'information constituent un domaine essentiel d'articulation entre la CNSA et le SGMAS, à deux niveaux :

- dans le rôle de pilotage des ARS : le système d'information (SI) HAPI, qui porte sur l'allocation de ressources dans le champ médico-social, constitue une première étape dans le chantier « SI allocation de ressources » ;
- dans le rôle de coordination des systèmes d'information du ministère des affaires sociales, en lien avec la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS).

2 - Les départements

Construites progressivement depuis sa mise en place en 2006, les relations de la CNSA avec les départements s'organisent autour de trois thématiques principales :

- le fonctionnement des MDPH (versement d'un concours au fonctionnement et mission d'appui aux équipes) ;
- le versement des concours pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile.

Elles sont formalisées par deux types de conventions : à titre principal les conventions d'appui à la qualité de service et en

complément, les conventions au titre de la section IV du budget de la CNSA, notamment pour la promotion des actions innovantes.

Depuis 2006, les relations entre les départements et la CNSA pour le fonctionnement des MDPH donnent lieu, conformément à l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles, à la signature avec chaque département d'une convention, intitulée « convention d'appui à la qualité de service ». Pour la troisième génération des conventions (2012-2015), une proposition de texte mise au point avec l'Assemblée des départements de France (ADF) reprend une conception élargie des relations CNSA / département, au-delà de l'activité de la MDPH.

Toutes les conventions d'appui à la qualité de service ont été signées avant le 31 mars 2013.

Selon son directeur, la CNSA « a instauré avec les acteurs locaux un mode de fonctionnement participatif, d'appui technique, d'offre d'expertises et de services, et de coordination, pour les accompagner dans l'accomplissement de leurs missions et faciliter l'évolution des structures et/ou des pratiques ». Ce positionnement sur le conseil et la pédagogie est compréhensible à l'égard de collectivités décentralisées. Néanmoins, il ne met pas en mesure la CNSA, comme on le verra dans l'exercice de ses missions, d'assurer la plénitude de son rôle de garant de l'égalité de traitement des personnes âgées et handicapées sur l'ensemble du territoire national.

II - Organisation et fonctionnement de la CNSA

A - La gouvernance

La CNSA a à sa tête un directeur nommé pour trois ans, renouvelé en août 2011 et un « conseil » de 48 membres dont le président actuel a été élu pour quatre ans en octobre 2009. L'ordonnateur de l'établissement est le directeur. Le plafond d'emplois de la CNSA est fixé à 106,2 ETP pour la durée d'application de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) contre 99 ETP dans le cadre de la précédente convention, ce renforcement notable étant principalement affecté aux systèmes d'information.

Le conseil est composé de représentants des associations de personnes âgées et de personnes handicapées, parmi lesquels sont élus deux vice-présidents ; de représentants des confédérations syndicales de salariés et organisations d'employeurs représentatives, ainsi que des institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse et

notamment des associations et fédérations gestionnaires d'établissements et de services ; il comprend également des représentants des conseils généraux et de l'État et des parlementaires. Enfin, trois personnalités qualifiées sont désignées par le Gouvernement.

La pondération des votes n'accorde pas de majorité automatique à l'État. Celui-ci, avec ses dix représentants, ne dispose que de trente-sept voix sur un total de quatre-vingt-trois.

Des propositions d'évolution de la composition du conseil ont principalement concerné la place des financeurs en son sein : l'entrée des organismes de sécurité sociale et le renforcement de la place des conseils généraux qui pourrait se traduire par la création aujourd'hui envisagée d'un troisième poste de vice-président. Mais tant la CNSA que ses tutelles considèrent que la composition actuelle du conseil est équilibrée et satisfaisante ; en particulier, le fait que l'État ne soit pas arithmétiquement majoritaire n'a jamais conduit à une situation de blocage ou de mise en minorité.

Un conseil scientifique de 22 membres assiste le conseil et le directeur dans la définition des orientations et la conduite des actions de la Caisse. Il regroupe des personnalités nommées pour une durée de quatre ans par le ministre chargé des personnes âgées et par le ministre chargé des personnes handicapées (11 membres) et des membres représentant un ministère ou un organisme (11 membres). Les experts sont issus de différentes disciplines : épidémiologie du handicap, démographie, médecine de réadaptation, chirurgie du handicap, pédopsychiatrie, psychiatrie, gériatrie et gérontologie, sciences humaines et sociales, notamment sociologie, droit.

Le conseil scientifique rend un avis annuel qui est intégré au rapport d'activité de la CNSA. En revanche, conformément à son règlement intérieur, il ne publie pas de rapport d'activité. Il joue auprès de la CNSA un triple rôle : orientation (priorités de travail de la partie « dépenses d'animation, prévention et études » de la section V du budget de la CNSA), appui à la décision et aide méthodologique (projets de subventions de la section V), expertise et conseil notamment dans le domaine des outils d'évaluation.

Le rôle joué par le conseil scientifique pourrait être davantage développé, notamment en ce qui concerne les critères de répartition des crédits aux ARS et la connaissance des besoins des personnes âgées et handicapées. Le directeur de la CNSA a indiqué qu'il « partage l'objectif de renforcer le rôle du conseil scientifique » et, à titre d'illustration, que des membres de ce conseil « éclairent désormais les décisions

d'attribution de subvention à des projets innovants et/ou de recherche dans le cadre de la section V ».

B - Les comptes et l'utilisation des réserves

Le programme qualité et efficacité (PQE) 2014 « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » estime le montant des dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées à 55,8 Md€ en 2012 (36 % pour le secteur des personnes âgées, 64 % pour celui des personnes handicapées). Les dépenses hospitalières et de soins de ville des personnes âgées et handicapées sont exclues du périmètre.

Sur la base des données du PQE, la CNSA finance 36,3 % des 55,8 Md€⁸, soit 54,7 % de la dépense publique dans le champ « personnes âgées » et 26,1 % de la dépense publique dans le champ « personnes handicapées ».

La loi du 11 février 2005 a défini les conditions d'emploi des ressources financières de la CNSA et le mode de comptabilisation de ses charges, codifié à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Les produits et les charges de la Caisse sont retracés dans six sections budgétaires, dont deux (les sections I et V) présentent des sous-sections dédiées aux personnes âgées et aux personnes handicapées. La structure budgétaire de la CNSA est présentée en annexe 4.

1 - Ressources

Sur un total de ressources de 20,5 Md€ (comptes 2012), l'objectif national de dépenses (ONDAM) médico-social issu du vote de la LFSS a représenté 16,4 Md€, soit plus de 80 %. Ces ressources (qui ne donnent pas lieu à un flux de trésorerie mais seulement à une écriture dans les comptes de la CNSA) ont alimenté la section I du budget de la Caisse (financement des établissements et services médico-sociaux) et ont été réparties à 51 % sur la sous-section 1 consacrée aux personnes handicapées (soit 8,4 Md€) et à 49 % sur la sous-section 2 relative aux personnes âgées (soit 8,0 Md€).

Le deuxième poste de ressources est constitué par les produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et d'une part de la contribution sociale généralisée, qui se sont élevés en 2012 à

⁸ En incluant dans le total CNSA, l'ONDAM personnes âgées et l'ONDAM personnes handicapées.

respectivement 2,4 et 1,2 Md€, soit au total 3,6 Md€ (17 % des ressources de la CNSA).

Les autres ressources de la CNSA comprennent une contribution des régimes d'assurance vieillesse venant alimenter la section II qui finance l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (69 M€ en 2012), de produits financiers et de reprises de provisions.

2 - Charges

Les charges de la CNSA sont constituées à 85 %, dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD), du remboursement des dépenses des régimes d'assurance maladie au titre des établissements et services médico-sociaux (ESMS), soit 17,5 Md€ en 2012. Comme l'a déjà souligné la Cour⁹, ces charges ne donnent lieu à décaissement qu'à hauteur de l'apport de la CNSA, sur ses ressources propres, à l'objectif global de dépenses. La sous-section 1 qui retrace le financement des ESMS accueillant des personnes handicapées représente, en 2012, 50 % de ces charges, proportion qui diminue régulièrement depuis 2007 où elle atteignait 56 %.

Le deuxième poste de charges est représenté par les concours versés aux départements au titre de la compensation des versements d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de prestation de compensation du handicap (PCH) respectivement retracés dans les sections II (APA, 1,7 Md€) et III (PCH, 0,5 Md€), pour un total de 2,2 Md€ en 2012, soit 11 % des charges de la CNSA. À ces concours, s'ajoute une contribution de 60 M€ annuels depuis 2009 au fonctionnement des MDPH, versée aux départements.

Les autres charges sont consacrées au plan d'aide à l'investissement (PAI) des ESMS (120 M€ en 2012), au financement des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service (section IV, 59 M€ en 2012), aux autres interventions de la CNSA, dont les études et recherches, aux provisions et aux frais de gestion de la CNSA.

Par ailleurs, les comptes 2012 retracent (en section IV : promotion des actions innovantes) le prélèvement de 170 M€ au profit de l'État,

⁹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2008*, p.74, La Documentation française, septembre 2008, 486 p., et *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2007*, p. 72, La Documentation française, juin 2008, 193 p., disponibles [sur www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

destiné à financer le plan de soutien aux départements en difficulté¹⁰ (cf. *ci-dessous*).

3 - La gestion des réserves

a) La sous-consommation de l'OGD et la constitution des réserves

La majeure partie des réserves constituées par la CNSA depuis 2005 provient des excédents réalisés sur la section I qui retrace les crédits alloués aux établissements et services médico-sociaux.

On constate depuis la création de la Caisse une sous-consommation récurrente¹¹ de l'objectif global de dépenses (OGD) représentant entre 0,2 % et 3,6 % du total selon les années, qui aura constitué un cumul de 2 751 M€ sur la période 2005-2012 (cf. tableau n°2). Elle concerne pour l'essentiel l'OGD personnes âgées, l'OGD personnes handicapées étant pour sa part surconsommé, sauf en 2009 et 2011.

Tableau n° 1 : consommation de l'OGD (2007-2012)

en M€	2007	2008	2009	2010	2011	2012
OGD PA arrêté	5 688	6 612	7 592	8 182	8 547	8 925
OGD PA consommé	5 201	6 073	7 252	7 953	8 301	8 736
<i>solde en valeur</i>	487	539	340	229	246	189
<i>solde en %</i>	8,6%	8,2%	4,5%	2,8%	2,9%	2,1%
OGD PH arrêté	7 232	7 654	8 010	8 210	8 503	8 703
OGD PH consommé	7 290	7 684	7 919	8 401	8 478	8 719
<i>solde en valeur</i>	- 58	- 30	91	- 191	25	- 16
<i>solde en %</i>	-0,8%	-0,4%	1,1%	-2,3%	0,3%	-0,2%
OGD (PA+PH) arrêté	12 921	14 266	15 602	16 392	17 050	17 628
OGD (PA+PH) consommé	12 490	13 757	15 171	16 354	16 779	17 455
Sous-consommation de l'OGD	431	509	431	38	271	173
En % de l'OGD arrêté	3,3%	3,6%	2,8%	0,2%	1,6%	1,0%

Source : Cour des comptes à partir des comptes de la CNSA

¹⁰ Article 48 de la loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012.

¹¹ Cf., en dernier lieu, Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013*, Chapitre III, L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012, p.108, La Documentation française, septembre 2013, 631 p., disponible [sur www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

Le résultat de la section I peut être également affecté par l'écart constaté entre les recettes de CSA encaissées et les recettes budgétées. Cet écart, généralement faible, a varié entre 46 M€ d'excédents de recettes en 2006 et 82 M€ de recettes non encaissées en 2009. Au total, sur la période, les écarts cumulés sont venus abonder les réserves à hauteur de 52 M€.

En dehors de la gestion de l'OGD, deux sections du budget de la CNSA ont généré sur la période 2005-2012 des excédents cumulés, d'un montant toutefois bien inférieur : la section IV (promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service) pour 217 M€ et la section V (autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie) pour 248 M€. Cette sous-consommation est principalement liée aux délais de montée en charge des actions supposant la négociation et la signature de conventions avec les partenaires.

Ainsi, à ce jour, une vingtaine de conseils généraux n'ont pas encore signé de convention au titre de la section IV avec la CNSA.

Au total, sur la période 2005-2012, le cumul des excédents atteint 3 268 M€ (cf. tableau n°2).

La sous-consommation de l'OGD personnes âgées a soulevé de nombreuses critiques, en particulier des représentants des établissements et des usagers, qui ont estimé que les pouvoirs publics constituaient des réserves indues.

La CNSA a apporté des correctifs dans la gestion de ces crédits, le principal d'entre eux étant le passage, initié par la DGCS, à une budgétisation en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP). Les AE permettent de fixer le montant indicatif de crédits dont disposeront les ARS pour couvrir le fonctionnement d'établissements ou services nouveaux pour les années à venir.

Constatant que, malgré ces mesures et le travail approfondi fait par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances¹², la sous-consommation persistait, la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie a confié au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) en juillet 2012, la mission d'analyser les causes de cette sous-consommation et de faire des propositions.

¹² Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense (OGD) – Rapport définitif – février 2010.

Le rapport remis le 31 octobre 2012 identifie notamment, les causes suivantes :

- une campagne budgétaire tardive ;
- une mise en œuvre incertaine de la logique AE-CP sur les crédits de médicalisation¹³ ;
- des décalages temporels relatifs aux créations de places et à la mise en œuvre du plan Alzheimer.

Une connaissance anticipée par les ARS des crédits autorisés (AE) tant pour les créations de place que pour les crédits de médicalisation, d'une part, et une campagne budgétaire plus précoce, d'autre part, devraient permettre une mobilisation anticipée des acteurs et donc une optimisation des dépenses : la déconnexion entre budgétisation et consommation est en effet également une conséquence d'un calendrier de mise en œuvre ne permettant pas toujours aux ARS de mobiliser les crédits avec assez d'anticipation. Sur ce plan, la publication anticipée de la circulaire budgétaire unique 2013 (le 15 mars 2013 au lieu du 5 avril 2012¹⁴) constitue une évolution positive à poursuivre.

Le passage à une gestion en AE et CP a permis d'effectuer un débasage temporaire de CP suivi d'une restitution échelonnée dans le temps en fonction des besoins de paiements résultant des engagements passés. À ce titre, 196 M€ de CP ont été réaffectés en 2011 et 2012 et 111 M€ restent à restituer à partir de 2013.

Ces mesures ont commencé à se traduire par une diminution de la sous-consommation, ramenée de 3,6 % de l'objectif en 2008 à 1,6 % en 2011 et 1 % en 2012. Compte tenu d'une surconsommation de l'OGD personnes handicapées de 16 M€, la sous-consommation de l'OGD personnes âgées s'est élevée à 189 M€ en 2012, soit le montant le plus faible depuis la création de la CNSA.

¹³ Amorcée en juillet 2012, la notification en AE et CP des crédits de médicalisation a été effective pour la campagne budgétaire de 2013.

¹⁴ Cette publication n'était intervenue que le 29 avril en 2011 et le 31 mai en 2010.

*b) L'utilisation des réserves***Tableau n° 2 : utilisation des excédents depuis 2005 (en M€)**

	2005-2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
sous-consommation OGD	898	431	509	431	38	271	173	2 751
recettes supplémentaires	46	41	8	- 82	14	21	4	52
excédents section IV	36	46	27	60	16	8	24	217
excédents section V	9	18	11	31	5	99	75	248
TOTAL RESSOURCES	989	536	555	440	73	399	276	3 268
construction de l'OGD	- 170	48	200	262	56	149	8	553
Pam-PAI	495	185	300	300	130	21	120	1 551
CPER				165				165
prélèvement ONDAM				150	100			250
STAPS	3	5		5				13
Fonds d'aide aux départements					75		170	245
Autres emplois	-	-	-	32	4	5	-	41
TOTAL EMPLOIS	328	238	500	914	365	175	298	2 818
Résultat	661	298	55	- 474	- 292	224	- 22	450
Fonds propres	661	959	1 014	540	248	472	450	

Source : Cour des comptes d'après CNSA

Plusieurs catégories d'emploi des réserves peuvent être distinguées en fonction de leur plus ou moins grande proximité avec la destination initiale des recettes de la CNSA.

c) Les aides à l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux et les reports sur un exercice ultérieur

La plus grande partie des réserves a été utilisée pour financer des aides à l'investissement aux établissements médico-sociaux. En effet, si la CNSA s'est vue reconnaître une mission d'abord provisoire, puis pérenne à partir de 2008, de soutien à la modernisation des établissements et à la création de places nouvelles, aucune ressource propre n'y était affectée avant 2011 (pour la première fois, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a affecté 4 % des ressources de la CSA, soit environ 92 M€, à l'investissement, mesure reconduite pour 2012 avec 2 % de CSA affectée).

Ce sont les excédents successifs de l'objectif général de dépenses (OGD) qui ont permis de mobiliser au fil des années 1 551 M€ d'aides à l'investissement. Si l'on ajoute les 165 M€ d'engagements de l'État dans le cadre des CPER transférés à la CNSA en 2009, ce sont au total un peu

plus de 1,7 Md€ d'aides à l'investissement dans les ESMS qui ont été financées. Selon la CNSA, ces aides à l'investissement ont contribué à la réalisation de près de 9,4 Md€ de travaux (effet de levier de 6,27), au bénéfice de près de 1 250 établissements pour personnes âgées et 630 accueillant des personnes handicapées.

La deuxième utilisation importante de ces réserves a été leur affectation au financement de l'OGD, à hauteur de 553 M€ entre 2006 et 2012. Cette méthode consistant à reporter les crédits non consommés à l'usage auquel ils étaient destinés (financer le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux) mais sur un exercice ultérieur a d'ailleurs pu contribuer à alimenter la sous-consommation de l'OGD en permettant de fixer les objectifs annuels à un niveau plus élevé que si les réserves n'avaient pas participé à leur financement.

Au total, les réserves de la CNSA sur la période 2005-2012 ont bien été affectées à hauteur de 2 104 M€, soit 64 % du total, à l'objectif fixé pour l'emploi de ses ressources.

*d) Le transfert de crédits de l'ONDAM médico-social
vers l'ONDAM sanitaire*

Les excédents ont en outre contribué au respect de l'ONDAM global à travers deux opérations de diminution des crédits initialement prévus dans l'ONDAM médico-social, pour un montant total de 250 M€ : 150 M€ en 2009 et 100 M€ en 2010, venant compenser des dépassements enregistrés sur d'autres sous-objectifs de l'ONDAM sanitaire, notamment les établissements de santé.

Ces restitutions de crédits, qui peuvent s'analyser comme une contribution à l'ONDAM sanitaire, étaient justifiées par l'ajustement des recettes par rapport à des dépenses surévaluées.

*e) Le financement par la CNSA d'autres dépenses,
d'une nature proche de la destination initiale des crédits*

La CNSA a financé sur ses réserves d'autres dépenses non prévues à l'origine pour un total de 41 M€, ces dépenses étant toutefois voisines de celles initialement prévues :

- 19 M€ ayant servi à renforcer l'apport de la CNSA au fonctionnement des MDPH, portant ce concours à 60 M€, ce dernier montant étant maintenant financé intégralement sur les ressources de la section III (relative au financement de la PCH et des MDPH) ;

- 10 M€ pour le financement d'un plan expérimental des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes lancé en 2009 et concernant trois régions : Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Centre ;
- 12 M€ affectés au lancement du plan Alzheimer en 2009, et plus particulièrement consacrés à des expérimentations (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), plateformes de répit, etc.) et à leur prolongement jusqu'en 2011.

f) L'affectation, par le législateur, à des fonds de soutien aux départements

La 4^{ème} loi de finances rectificative pour 2010 a imputé à la section IV du budget de la CNSA une contribution de 75 M€ pour le financement d'un fonds de soutien exceptionnel aux départements et la LFR de fin d'année 2012 a prélevé 170 M€ pour le même objet.

g) Des transferts de charges de l'État

La CNSA a été amenée à financer des dépenses relevant du budget de l'État : 165 M€ en 2009 d'engagements d'aides à l'investissement au bénéfice des établissements médico-sociaux que l'État avait pris dans le cadre des contrats de projet État-Régions ; si ces dépenses restent bien dans le champ de la CNSA, puisqu'il s'agissait d'engagements de l'État sur des investissements dans des établissements médico-sociaux, cette opération représente un transfert de charges. Il est à noter que 20 M€ supplémentaires sont prévus à ce titre en 2013.

Enfin, 13 M€ en 2006-2007 et en 2009 ont été employés sur instruction ministérielle pour financer des emplois d'éducateurs sportifs dans le champ du handicap (dépense relevant normalement de l'accessibilité au droit commun) ; s'y ajoute à nouveau et dans les mêmes conditions 5 M€ en 2013.

Ainsi, certaines des ressources de la CNSA ont été utilisées pour financer diverses charges ne correspondant pas à leur destination initiale ou constituant un transfert de charges de l'État.

En tenant compte des 120 M€ mobilisés en 2012 pour la constitution d'un plan d'aide à l'investissement, de la sous-consommation de l'OGD et du prélèvement de 170 M€ pour le fonds d'aide aux départements, les réserves de la CNSA s'élevaient fin 2012 à 450 M€.

En 2013, compte tenu des prélèvements évoqués *supra* au titre des engagements de l'État dans les CPER (20 M€), du financement des emplois d'éducateurs sportifs dans le champ du handicap (5 M€), d'un financement exceptionnel de 50 M€ au profit d'un fonds de restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile et de la reconduction de l'enveloppe de 120 M€ pour le plan d'aide à l'investissement, les réserves de la CNSA devraient, toutes choses égales par ailleurs, diminuer de 195 M€.

C - Les systèmes d'information

Dans ses différents domaines d'intervention, la CNSA doit nécessairement collecter, pour ses propres besoins de gestion ou pour le compte d'autres acteurs dont l'État, des informations produites par les réseaux sur lesquels elle s'appuie ou qu'elle finance (ARS, départements, MDPH), par les établissements et services médico-sociaux ou par ses partenaires, en particulier l'assurance maladie.

Cette collecte d'informations, dès lors qu'elle devient récurrente ou continue, nécessite la mise en place de systèmes d'échanges automatisés.

Or la Cour a constaté, comme le souligne d'ailleurs la COG 2012-2015, que la réflexion sur les systèmes d'information (SI) dans le secteur médico-social est très en retard, la maturité des acteurs dans le domaine des échanges de données est très variable, et le développement des outils d'échanges automatisés est faible en raison notamment de la multiplicité des intervenants (17 000 ESMS), sans réseau pour faciliter ces échanges.

La CNSA admet que « jusque-là, les développements ou évolutions des systèmes d'information ont très souvent répondu à des demandes ciblées portant sur des besoins à couvrir dans des échéances courtes plutôt qu'à une logique d'évolution pour servir une stratégie d'ensemble. Sur ce point, une des explications réside en la problématique d'une gouvernance des SI éparse, à l'image du champ médico-social lui-même, réparti sur plusieurs niveaux et échelons d'intervention ».

Ainsi la CNSA est-elle confrontée à deux difficultés majeures, reflétant l'absence de gouvernance des systèmes d'information dans le champ médico-social¹⁵ : le manque de cohérence d'applications construites au fur et à mesure de l'apparition des besoins et l'absence

¹⁵ La création de la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) par décret du 5 mai 2011 a constitué un premier élément d'évolution sur ce plan.

d'informatisation des outils permettant d'évaluer les besoins des personnes âgées et, surtout, des personnes handicapées.

Les systèmes d'information existant actuellement à la CNSA sont présentés en annexe 5.

1 - Des difficultés de pilotage des applications

La CNSA doit faire face au manque de cohérence des applications portant sur l'offre collective et au manque de fiabilité dans la récupération des données (a)). Pour progresser, elle s'est lancée dans un vaste chantier d'urbanisation des systèmes d'information des ESMS (b)), la COG 2012-2015 lui ayant alloué pour ce faire des moyens supplémentaires.

a) Un manque de cohérence des applications

Les applications dans le champ de l'offre collective (ESMS) ont été développées selon la logique « un besoin, une application », à la demande de directions d'administrations centrales ou de la CNSA. Il en est résulté un système dit « en silo » qui juxtapose des applications traitant d'informations voisines, voire quasiment identiques. Il est à noter qu'à l'exception de HAPI¹⁶, le premier développement des applications de la CNSA a été antérieur à la création des ARS.

Ainsi, l'application SELIA a pour objectif de faciliter et de fiabiliser le suivi de réalisation de places nouvelles en établissements et services pour personnes âgées ou pour personnes handicapées. Elle recoupe assez largement l'application ePRIAC dont l'objectif est de faciliter et de fiabiliser la remontée informatisée des actions inscrites aux programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Sur un autre plan, la CNSA gère des applications certes intéressantes mais consacrées isolément à un champ très spécifique. Il en est ainsi pour l'application REBECA qui s'intéresse aux remontées de données des comptes administratifs dans le seul champ des établissements et services pour personnes handicapées ou pour SAISEHPAD qui permet de suivre l'évolution du processus de conventionnement des EHPAD.

Le manque de cohérence dans l'organisation du système d'information complique son pilotage, d'autant que la saisie des données est réalisée pour la majeure partie dans les ARS. Dans le champ des ESMS, les différents systèmes d'information gérés par la CNSA se sont

¹⁶ HAPI : Harmonisation et Partage de l'Information : système d'information partagé pour l'harmonisation et la sécurisation des pratiques de tarification des ESMS par les ARS.

progressivement substitués à des enquêtes ponctuelles menées auparavant au fil de l'eau.

Ce défaut de cohérence engendre de nombreuses « doubles saisies » consommatrices de temps et peu favorables à la fiabilité des données entrées.

L'absence de perspective d'ensemble de l'évolution des SI est en outre une des causes des difficultés rencontrées dans la gestion de l'OGD. Jusqu'en 2012, la CNSA ne disposait pas d'un système d'information lui permettant d'assurer un pilotage véritable de l'OGD.

La COG dans son paragraphe 1.1.4 « Encadrement et suivi de l'exécution de l'OGD par une restitution régulière des données physiques, budgétaires et comptables » donne désormais une priorité au système de pilotage.

b) Le nouveau système d'information HAPI : une lente montée en charge

Équipant la fonction d'allocation de ressources des ARS, HAPI ne constitue pas vraiment une réforme de la tarification. Il n'en porte pas moins de profondes évolutions dans les modes d'allocation budgétaire des ARS. Désormais, le niveau national peut suivre le déroulement des campagnes budgétaires au niveau le plus fin (l'établissement ou le service).

En 2013, pour la deuxième fois, une campagne tarifaire s'est déroulée sur l'application HAPI (entre avril et juin 2013). Dès juillet 2013, l'application devait permettre l'intégration des budgets prévisionnels 2014 des ESMS à partir d'un cadre normalisé. Le taux d'enveloppes régionales consommées sur HAPI, de 65 % à la fin de la campagne 2013 initiale, dépassait 90 % fin août 2013, selon le directeur de la CNSA. Les acteurs rencontrés pendant l'instruction estiment que HAPI est une source de progrès mais ils souhaiteraient que le développement du volet pilotage de la campagne budgétaire soit plus rapide et plus ambitieux.

Malgré les difficultés de montée en charge de HAPI, la CNSA considère cet outil comme la première pierre d'un édifice plus conséquent qui pourrait absorber des périmètres aujourd'hui intégrés dans d'autres applications de la CNSA comme SAISEHPAD, REBECA, ePRIAC, SELIA. L'étape suivante, l'intégration des budgets des ESMS directement dans HAPI, devra être suivie de très près par la CNSA pour qu'à terme cette application puisse aussi recevoir l'adhésion des conseils généraux qui semblent ouverts à une utilisation de HAPI.

Consciente (tout comme ses tutelles) des faiblesses et des manques de ses systèmes d'information, la CNSA a lancé un grand chantier « d'urbanisation » des systèmes d'information des ESMS.

c) Le projet « d'urbanisation » : vers un système d'information intégré

La démarche d'urbanisation des SI, est ainsi nommée du fait des nombreuses analogies pertinentes avec l'urbanisation des villes : cartographies et « plan d'occupation des sols », découpage en quartiers, îlots, infrastructures communes de transports, réglementation générale, etc. Adaptée aux systèmes d'information, cette démarche vise à les simplifier, à les mettre en cohérence, à optimiser l'emploi des ressources nécessaires à leur fonctionnement et leur entretien et à les rendre plus réactifs et flexibles par rapport aux évolutions des métiers et de leurs environnements.¹⁷

La première étude remise en avril 2013 a, selon la CNSA, « fait ressortir, outre un besoin fort d'une gouvernance claire et transverse, et de référentiels communs exhaustifs et fiables, une nécessaire transformation profonde du système d'information. Elle a pour cible de garantir une collecte des données à la source, leur harmonisation et leur mise à disposition d'applications de gestion ou de pilotage, tout en correspondant au cycle de traitement des informations par la CNSA, les ARS et les ESMS ».

L'étude d'urbanisation a conduit à identifier deux groupes de projets. Le premier relève de la gouvernance transverse des SI de l'autonomie et associe la délégation à la stratégie de SI de santé, l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP santé), la DGCS, l'ANAP et la CNSA. Selon le directeur de la CNSA, les chantiers identifiés à ce stade concernent « les référentiels, l'identification des personnes, les outils pour le contrôle et le pilotage, les outils métier, l'information du grand public, le rôle de l'État pour l'informatisation des acteurs tiers (associations et ESMS) ». Le second groupe de projets concerne les systèmes d'information propres de la CNSA.

Au total, selon la CNSA, le chantier d'urbanisation est doté d'un budget pluriannuel de l'ordre de 1 M€, dont la moitié concerne le « système d'échange et de partage » nécessaire pour l'acquisition, le contrôle et le traitement des informations en provenance des partenaires (ARS et ESMS), dont l'objectif de mise en service est le 1^{er} trimestre 2015. L'intégration de la chaîne allant de la programmation à la réalisation des équipements suppose de mettre en cohérence les

¹⁷ Source : <http://references.modernisation.gouv.fr/>

différentes applications (notamment ePRIAC pour la programmation et SELIA pour l'autorisation et l'installation), le lien ne pouvant être établi qu'en se basant sur le référentiel FINISS. Or selon la CNSA, ce dernier « n'est aujourd'hui ni complet, ni parfaitement mis à jour, ni aisé à intégrer. Ces difficultés identifiées par la DSISS sont traitées au travers des travaux qu'elle pilote autour de la gestion des référentiels.

Enfin, la perspective d'une continuité entre conventionnement, tarification et décaissement, supposant d'associer la CNAMTS, n'a pas encore été évaluée à ce jour mais figure comme objectif dans la convention signée en mai 2013 entre la CNAMTS et la CNSA.

Selon la DGCS, dans le cadre de l'étude d'urbanisation, la CNSA sera en capacité de développer le système d'information intégré que chacun appelle de ses vœux et qui permettra la préparation et le suivi de l'OGD. À terme, la mise en place de ce système devrait permettre de supprimer l'ensemble des enquêtes auprès des ARS sur ce périmètre ».

2 - L'absence d'outils informatiques pour évaluer les besoins collectifs

Les systèmes d'information existant actuellement à la CNSA n'ont pas encore traité directement la question de la connaissance des besoins des personnes, qui est pourtant essentielle pour le bon exercice des missions de la CNSA.

Le directeur de la CNSA a souligné que « la CNSA n'a pas de mission explicite quant à la remontée d'informations individuelles sur les besoins des personnes âgées, contrairement à sa mission sur la connaissance des besoins des personnes handicapées ». Pourtant l'article L. 14-10-1, 7°, du CASF charge la CNSA de « participer (...) à la définition (...) d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer (...) les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées ».

La CNSA ne dispose d'informations sur ces besoins qu'à travers la synthèse des schémas régionaux de l'organisation médico-sociale (SROMS), dont il sera constaté plus loin le caractère sommaire et incomplet. Ce manque de connaissance des besoins est préjudiciable à la qualité des décisions prises en matière de répartition des moyens.

Dans le champ des personnes âgées, l'outil GALAAD permet de faire remonter les coupes PATHOS¹⁸ réalisées dans les EHPAD et validées par les ARS, qui traduisent le besoin en soins des résidents.

Par ailleurs, la CNSA a fait réaliser en 2011 une étude préalable visant à préciser les contours d'un système d'information spécifique pour les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) comportant un portail public, une plateforme de travail collaboratif, un dossier usager, des outils d'évaluation et de suivi des personnes et un infocentre pour la remontée des données.

Dans le domaine des personnes handicapées, malgré les difficultés rencontrées, des progrès devraient être réalisés avec un meilleur suivi des décisions des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Enfin, les missions dont est chargée la CNSA en matière de connaissance des besoins des personnes handicapées reposent sur un projet ambitieux, mais qui a connu de très importants retards, le SipaPH. L'état d'avancement de ce projet, qui dépend avant tout de la remontée d'informations en provenance des MDPH, est présenté *infra* avec les développements relatifs aux missions de la CNSA en matière d'animation de ce réseau.

3 - Les coûts pour la CNSA

Afin de résorber progressivement ses retards, et dans le cadre des moyens nouveaux alloués par la COG, la CNSA a renforcé les effectifs de la direction des systèmes d'information. Elle dispose désormais de 15,5 agents équivalent temps plein.

Ces coûts des applications représentent un cumul des dépenses depuis l'origine des projets de l'ordre de 9 M€, dont 4,6 M€ au titre du projet SipaPH¹⁹ ; le coût final estimé de ce projet est incertain car, comme on le verra au chapitre III, il n'a pas conduit jusqu'à présent à des résultats probants.

¹⁸ PATHOS : référentiel d'évaluation des besoins en soins des personnes accueillies en établissement.

¹⁹ À noter que le SipaPH, comme l'outil GALAAD qui gèrent des données nominatives ont reçu une autorisation de traitement par la CNIL.

CONCLUSION

La tutelle de l'État sur la CNSA s'appuie désormais sur un document stratégique, la convention d'objectifs et de gestion (COG), qui fixe à l'organisme des objectifs prioritaires ambitieux, pour 2012-2015, déclinés en actions ; mais il n'est en vigueur que depuis 2012. Compte tenu de l'importance des missions de la CNSA, du volume des crédits publics qu'elle gère et de la complexité de son environnement institutionnel, la Cour regrette que l'établissement d'une convention d'objectifs et de gestion véritablement opérationnelle ait été aussi tardif.

Comme le montrent certains développements qui suivent, il a manqué à la CNSA jusqu'en 2012 une stratégie d'ensemble, centrée notamment sur la maîtrise de l'information nécessaire pour connaître les besoins collectifs des personnes en perte d'autonomie.

Le positionnement de la CNSA ne la conduit pas à entretenir des relations directes avec les personnes en perte d'autonomie, ni avec les établissements et services médico-sociaux (ESMS). Cependant son rôle de répartiteur d'importants crédits publics (20 Md€ en 2012) l'amène à développer des relations de coopération avec un grand nombre d'acteurs du système de l'aide à la perte d'autonomie : départements, MDPH, caisses de sécurité sociale, agences nationales, en particulier ANAP et ATIH, et fédérations gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, dont certaines sont membres de son conseil.

Sa position centrale dans ce dispositif, confortée par sa gouvernance partenariale, l'invite à jouer un rôle majeur de porteur ou fédérateur de projets. Cependant, ce système coopératif ne donne pas à la CNSA une assise institutionnelle suffisamment forte pour qu'elle puisse assurer la plénitude de ses missions, comme le montrent les limites qu'elle peut rencontrer dans leur mise en œuvre.

Malgré les projets en cours et à l'exception de HAPI, la CNSA ne dispose pas des systèmes d'information adaptés à l'ampleur de ses missions et à l'exigence de ses objectifs.

Plus généralement, la question de la connaissance des besoins des personnes, essentielle pour l'exercice des missions de la CNSA, est encore très insuffisante.

Chapitre II

L'adaptation de l'offre collective dans les établissements et services médico- sociaux

Les missions confiées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) par la loi, conformément à l'article L. 14-10-1 du CASF, et les objectifs fixés par la dernière convention d'objectifs et de gestion (COG) 2012-2015 qui en sont la déclinaison, sont particulièrement ambitieux. Les thèmes majeurs de la loi sont « le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur le territoire » (I-1°) et la « répartition équitable » des ressources sur le territoire (I-2°).

Il appartient ainsi principalement à la CNSA de répartir les moyens de façon équitable entre les ARS, de façon à harmoniser les taux d'équipement entre établissements et services médico-sociaux et de tendre à rapprocher les coûts de fonctionnement.

Cet objectif de « répartition équitable sur le territoire national des dépenses de l'OGD », déjà assigné à la CNSA par la COG 2006-2009, a été développé par la nouvelle convention pour 2012-2015, qui s'est appuyée sur les dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

I - Le soutien à la programmation médico-sociale

À la différence de ce qui a été fait depuis des années dans le domaine de la santé et des hôpitaux avec la carte sanitaire puis avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), la planification dans le domaine médico-social est longtemps restée minimaliste, éclatée du fait de la multiplicité des décideurs (les départements en particulier) et *in fine* peu opérationnelle.

La loi HPST vise à rationaliser et à rendre plus lisible l'architecture institutionnelle de planification et de programmation médico-sociale au moyen :

- du plan stratégique régional de santé (PSRS) ;
- du schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS), élaboré par le directeur général de l'ARS qui décline les orientations et les objectifs du plan stratégique régional de santé pour le secteur médico-social ;
- du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), qui précise les modalités spécifiques d'application du schéma régional en termes de création de places médico-sociales.

Dans ce nouveau cadre, la CNSA est confrontée à un manque de connaissance des besoins et à l'absence d'implication directe dans la programmation.

A - Des carences dans la connaissance des besoins

Elles sont unanimement reconnues par tous les experts du secteur médico-social.

Dans leur rapport d'octobre 2012 intitulé « établissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement », l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) relèvent que « concernant l'offre d'accueil en établissements et services, le constat majeur de la mission est de pointer l'absence d'outils pertinents qui permettraient d'adapter l'offre aux besoins des personnes accueillies ».

Pour les inspections, il ne peut y avoir de politique du handicap sans connaissance de la population concernée et des origines du handicap. Trois carences méritent d'être comblées :

- l'insuffisance des sources de connaissances des situations de handicap et de leurs évolutions ;
- l'absence d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement ;
- l'insuffisante mobilisation du potentiel des MDPH afin que les décisions d'orientation puissent servir à mesurer les défaillances de l'offre.

Ce constat est corroboré par l'ARS de Rhône-Alpes. Dans la présentation du schéma régional d'organisation médico-social 2012-2017 approuvé en novembre 2012, cette ARS constate²⁰ :

« S'agissant des personnes handicapées, l'hétérogénéité de la population (âge, type de handicap, etc.) entraîne de plus en plus des réponses individualisées aux besoins. Une des conséquences en est la multiplicité à la fois des dispositifs de prise en charge ou d'accompagnement sur l'ensemble du territoire mais également, des intervenants institutionnels. L'absence de réelle coordination conduit à une parcellisation de l'offre, une difficulté pour l'utilisateur et sa famille de trouver le bon interlocuteur, ce qui entraîne fréquemment des ruptures de parcours et un coût humain pour la société. (...) Devant la diversité des besoins et l'atomisation de l'offre, les MDPH ne peuvent, seules, être garantes de la fluidité des parcours des personnes ».

Le constat de l'ARS n'est guère plus satisfaisant s'agissant des personnes âgées : « du côté des personnes âgées, on favorise une approche par la démographie avec, à l'horizon 2020, les projections des populations de plus de 75 ans et on se réfère aux taux d'équipement comparés entre les départements et aux moyennes nationales et régionales. Cette méthode est réductrice et insatisfaisante. Les statistiques et les données quantitatives ne permettent pas d'aborder seules les problématiques liées aux besoins des personnes âgées. La connaissance qualitative sur le contexte socio-économique, familial et médical est nécessaire quand on connaît les disparités de ces variables entre départements et en infra-départemental ».

Pour l'ARS, le développement de l'observation médico-sociale sur le champ des personnes âgées et des personnes handicapées et le partage des données avec d'autres partenaires, au premier chef les départements,

²⁰ SROMS, ARS Rhône-Alpes, p 13.

constituent un chantier du plan stratégique régional de santé. L'observation fournira des données objectives de connaissance, au service d'une meilleure appréhension des besoins et de l'offre, via la production de diagnostics territoriaux. L'ARS a mis en place un observatoire régional du secteur médico-social et souhaiterait pouvoir disposer de comparaisons inter régionales pour mieux se situer.

La politique ambitieuse que cette ARS s'est donnée fait partie des bonnes pratiques mises en avant dans la synthèse des SROMS qui a été présentée au conseil de la CNSA en juillet 2013. Le thème de l'observation est identifié comme primordial dans le champ médico-social.

La CNSA met en avant des travaux relatifs au suivi des orientations des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en établissements et services médico-sociaux. Un groupe de travail piloté par la CNSA fonctionne depuis janvier 2013 et doit produire pour fin 2013 un rapport sur l'analyse et la modélisation du processus d'orientation et de suivi en établissements et services médico-sociaux. Ces travaux ont été précédés, fin 2012, d'une enquête auprès des MDPH pour disposer d'éléments en vigueur sur les personnes en liste d'attente.

B - L'absence d'implication directe

À l'exception de la publication en octobre 2011 d'un schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares (2009-2013), la CNSA n'intervient pas directement dans la programmation médico-sociale.

Même si la CNSA n'est pas un acteur direct du processus de programmation, elle dispose de moyens d'action indirects tels que l'appui à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale et la consolidation des documents produits.

1 - Le rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des SROMS et des PRIAC

Les missions confiées par la loi HPST aux agences régionales de santé (ARS) en matière de programmation sanitaire et médico-sociale sont d'une grande portée puisqu'il revient à ces agences d'élaborer un ensemble de plans, schémas et programmes. Pour mener à bien ces processus complexes, les ARS doivent bénéficier d'un appui méthodologique au niveau national. La CNSA a ainsi pour mission d'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas

régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), mission qui s'apparente à une assistance à maîtrise d'ouvrage.

La CNSA a effectivement mis au point des documents méthodologiques d'élaboration des SROMS et des PRIAC qui ont apporté un appui apprécié des ARS, même s'ils étaient, selon elles, un peu trop ambitieux au moment où ils ont été diffusés.

2 - La consolidation et le suivi des documents de programmation

La consolidation et le suivi des documents de programmation sont des actions de portée essentielle pour la CNSA : elles contribuent à la connaissance fine de l'existant (établissements et services médico-sociaux) et de l'expression des besoins dans les régions, permettant ainsi à la mission de répartition équitable de l'offre sur le territoire national confiée à la CNSA de se développer.

La consolidation des SROMS devait être achevée pour le début de l'année 2013, mais elle a pris du retard. Pour accélérer le processus, la CNSA a décidé de confier une partie de la réalisation de cette synthèse à un prestataire de service qui a produit l'analyse systématique de chacun des 26 SROMS à la fin avril 2013. Le dossier complet a été présenté au Conseil du 9 juillet 2013.

À un niveau plus limité, la CNSA réalise annuellement une synthèse nationale des orientations des schémas et une consolidation des objectifs quantitatifs des PRIAC. Un document intitulé « actualisation 2012 des PRIAC, période 2012-2016, analyse générale qualitative et quantitative au 27 novembre 2012 » a été présenté au Conseil. Il apparaît comme une consolidation nationale de données essentiellement quantitatives et ne mentionne aucune région.

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a élaboré des documents méthodologiques d'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui ont apporté un appui utile aux ARS. Toutefois, celles-ci, en pleine période de montée en charge de leur propre structure, n'ont pu consacrer un effort équivalent à l'élaboration des SROMS. Les schémas dont dispose la CNSA varient donc fortement d'une région à l'autre.

De fait, la consolidation des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) et des programmes interdépartementaux

d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a réalisée apporte peu d'informations comparatives utilisables et pêche, surtout s'agissant des PRIAC, par son absence d'approche territoriale.

II - Les moyens d'action

Pour favoriser la répartition équitable de l'offre en ESMS dans les régions, la CNSA peut agir sur les flux tels que les créations de places décidées par les grands plans nationaux en 2007 et 2008 et intervenir sur les ESMS existants (le « stock »), en modulant la reconduction des moyens entre ARS.

Les bilans de mise en œuvre des plans nationaux sont présentés chaque année au Conseil de la CNSA ; ils l'ont été cette année le 9 juillet 2013.

A - La répartition des moyens nouveaux : les grands plans nationaux

La période 2007-2012 a été marquée par un effort très important en faveur de la création de places dans les ESMS accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. Trois grands plans nationaux ont ainsi été décidés par le Gouvernement.

1 - Le plan solidarité grand âge (PSGA) et le plan Alzheimer

Le PSGA présenté par le Gouvernement le 27 juin 2006 a été élaboré à partir du rapport du Commissariat général au plan, devenu le Commissariat général à la stratégie et à la prospective, intitulé « personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix ». Il était composé d'une large palette de mesures et intégrait tout particulièrement des objectifs ambitieux de création de places nouvelles d'établissements et de services. Il prévoyait de développer le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que des places de structures d'accueil de jour (AJ) et d'hébergement temporaire (HT) afin d'offrir aux aidants familiaux des solutions de répit.

Tableau n° 3 : cadrage initial du plan solidarité grand âge

Nombre de places	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
SSIAD	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	36 000
Accueil de jour (AJ)	2 125	2 125	2 125	2 125	1 200	1 200	10 900
Hébergement temporaire (HT)	1 125	1 125	1 125	1 125	800	800	6 100
EHPAD	5 000	7 500	7 500	7 500	5 000	5 000	37 500
Total	14 250	16 750	16 750	16 750	13 000	13 000	90 500

Source : CNSA

Les places en faveur du maintien à domicile représentaient 59 % des créations de places contre 41 % pour les places nouvelles en EHPAD.

Fin 2012, 94 % des places inscrites au PSGA avaient été notifiées par la CNSA aux ARS²¹.

Tableau n° 4 : plan solidarité grand âge : suivi des notifications fin 2012

nombre de places	Total prévu	Total notifié par la CNSA	% PSGA
SSIAD	36 000	24 103	66,95 %
Accueil de jour (AJ)	10 900	10 679	97,97 %
Hébergement temporaire (HT)	6 100	6 471	106,08 %
EHPAD	37 500	44 024	117,40 %
Total	90 500	85 277	94,23 %

Source : CNSA

Cette comparaison fait apparaître que les places en EHPAD ont été privilégiées au détriment, en particulier des SSIAD, et ce, alors qu'un des objectifs majeurs du PSGA était le développement prioritaire du maintien à domicile.

Annoncé par le Président de la République en février 2008, le plan Alzheimer pour les années 2008-2012 doit permettre de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de cette maladie. La CNSA participe aux comités de pilotage et aux comités de suivi du plan, piloté par le

²¹ CNSA, bilan d'étape au 31 décembre 2012 présenté au Conseil du 9 juillet 2013.

niveau ministériel. Elle est plus particulièrement impliquée dans la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer. Le tableau ci-après retrace les moyens alloués aux ARS en 2010, 2011 et 2012 pour la création de places en structures spécialisées, rattachées au plan Alzheimer *stricto sensu*.

Tableau n° 5 : plan Alzheimer - suivi des engagements fin 2012 (milliers d'euros)

	PASA ²²	UHR ²³	SSIAD spécialisé	PFR ²⁴	Total
Montants notifiés	77 282	34 917	54 330	15 000	181 529
Montants engagés	52 830	19 622	54 769	8 525	135 746
Taux d'engagement	68 %	56 %	101 %	57 %	75 %

Source : CNSA

Le tableau ci-dessus illustre le faible niveau d'engagement des crédits pour les trois premières années de financement des dispositifs spécialisés, à l'exception des SSIAD spécialisés, en forte hausse en 2012. De façon générale, comme l'a déjà souligné la Cour des comptes²⁵, il existe un écart entre les ambitions du plan en calendrier d'installation des places spécialisées, et les ouvertures effectives. La mise en place des pôles d'activités et de soins adaptés, par exemple, devait obéir à un cahier des charges très strict en termes architecturaux, ce qui a nécessité des travaux et des mises aux normes importants. Ces retards sont identifiés comme l'un des facteurs de la sous-consommation de l'OGD personnes âgées.

2 - Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie

Ce programme a été annoncé par le Président de la République le 10 juin 2008. Il prévoyait la création de 41 500 places auxquelles s'ajoutaient 10 000 places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) financées sur des crédits d'État. La programmation était prévue sur cinq ans (2007-2011) avec un financement échelonné sur sept

²² PASA : pôle d'activité et de soins adaptés.

²³ UHR : Unité d'hébergement renforcé.

²⁴ PFR : Plateforme de répit.

²⁵ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I, volume 1. La lutte contre la maladie d'Alzheimer, une politique de santé publique à consolider, p.121-150. La Documentation française, février 2013, 657 p., disponible [sur www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

ans (jusqu'à 2013) au regard des délais de mise en œuvre des places nouvelles.

Le nombre des places nouvelles prévues dans le programme était le suivant :

Tableau n° 6 : plan pluriannuel handicap : cadrage - initial

2007-2011		Places	Montant en M€
Adultes	Établissements	16 300	637
	Services	12 900	178
	Autres ESMS	0	11
	Total adultes	29 200	826
Enfants	Établissements	5 000	235
	Services	7 250	127
	CAMPS ²⁶ -CMPP ²⁷	0	30
	Autres ESMS	0	33
	Total enfants	12 250	425
Total adultes et enfants		41 450	1 251

Source : Cour des comptes à partir de données CNSA

Les mesures nouvelles notifiées par la CNSA aux ARS jusqu'en 2013 ont été réparties sur la base des documents de programmation régionale, les PRIAC, comme suit :

²⁶ CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce.

²⁷ CMPP : centre médico-psycho-pédagogique.

Tableau n° 7 : plan pluriannuel handicap - suivi des notifications début 2013

		Places prévues	notifications au 31 décembre 2012	Taux de notification au 31 décembre 2011 en %	Taux de notification au 31 décembre 2012 en %
Adultes	Établissements	16 300	15 795	69	97
	Services	12 900	10 603	39	82
	Autres ESMS	0	137	0	ns
	Total adultes	29 200	26 535	57	91
Enfants	Établissements	5 000	4 893	78	98
	Services	7 250	7 743	77	107
	CAMPS-CMPP	0	0	0	0
	Autres ESMS	0	370	0	ns
	Total enfants	12 250	13 006	80	106
Total adultes et enfants		41 450	39 541	64	95

Source : Cour des comptes à partir de données CNSA

Ce rapprochement montre que le délai de réalisation du plan est sensiblement plus long que prévu puisque le nombre de places notifiées fin 2011 ne représentait que 64 % des places prévues. Ce taux a sensiblement progressé, sous l'impulsion du conseil, pour atteindre 95 % fin 2012.

Toutefois, ainsi que le souligne le bilan de la CNSA²⁸, « le taux global d'exécution correspondant aux places effectivement installées s'établit autour de 88 % sur cinq ans avec des écarts importants entre les deux secteurs enfants et adultes : alors que 98 % des places notifiées au titre des exercices 2008 à 2012 pour les enfants ont été installées, 82 % des places pour adultes ont été ouvertes, principalement en raison des délais d'installation des places en établissement. Ce décalage se reproduit d'année en année ».

²⁸ CNSA, bilan d'étape au 31 décembre 2012 présenté au conseil du 9 juillet 2013, p. 68.

Les écarts entre les prévisions initiales et les réalisations des plans sont importants, surtout dans le secteur des personnes âgées. Selon la CNSA, ils sont liés à son absence d'intervention directe dans la programmation médico-sociale et à la marge d'autonomie laissée aux ARS par la loi du 21 juillet 2009 pour permettre leur adaptation au terrain. De même, pour la DGCS, les écarts résultent pour l'essentiel, de la durée et du volume de créations de places programmées des plans ainsi que des marges de manœuvre dont disposent dans la mise en œuvre des plans les autorités déconcentrées (DDASS/DRASS puis ARS) et décentralisées (départements en cas d'autorisation conjointe).

Il apparaît dans ces conditions que les leviers d'action dont dispose la CNSA pour exercer les missions ambitieuses qui lui sont confiées, et notamment de veiller à la répartition équitable entre les territoires, des moyens nouveaux d'offre d'accueil apportés par les grands plans nationaux sont limités.

3 - Modalités de répartition par la CNSA

Les critères de répartition des dotations régionales de mesures nouvelles pour les établissements et services ont été décidés par le conseil de la CNSA lors de ses séances des 24 janvier 2006, 24 octobre 2007 et 30 mars 2010. La CNSA a indiqué que les places nouvelles étaient réparties avant la création des ARS, jusqu'en 2010 inclus, de la manière suivante.

Quantitativement, chaque année de notification de crédits correspondait à une tranche annuelle des plans nationaux, en volume national de création de places, dans les champs du handicap (programme pluriannuel) et de la dépendance (plan de solidarité grand âge (PSGA)). Les dotations étaient allouées aux DDASS. La répartition départementale était calculée en fonction de critères validés par le conseil de la CNSA, qui intégraient les taux d'équipement, les projets en attente de financement, et la population de référence. L'objectif de ces critères était d'atténuer les inégalités territoriales parfois très fortes entre les territoires.

Puis, la répartition « thématique » (par catégorie d'ESMS) était proposée en première instance par la CNSA, en fonction des objectifs des plans nationaux. Les DRASS (qui agrégeaient régionalement les demandes des DDASS) faisaient alors des contre-propositions, tenant compte de leur PRIAC, ce dernier se présentant alors le plus souvent comme un recueil des projets en attente de financement dans la région.

Les critères de répartition quantitatifs ont été révisés en 2010. Ils sont depuis lors constitués ainsi :

➤ Personnes âgées

- 50 % des mesures nouvelles sont déterminées sur la base de la part de la population régionale (75 ans et plus) dans la population française (moyenne de la population 2009 et de la projection 2020) ;
- 50 % sont calculées à partir de l'euro par habitant (dépense effective sur le champ médico-social CNSA, unités de soins de longue durée (USLD) et actes infirmiers de soins des infirmiers libéraux).

➤ Personnes handicapées

- 50 % pour le critère de la population régionale ;
- 30 % sur l'euro par habitant (dépense effective médico-sociale uniquement) ;
- 20 % relatif au taux d'équipement.

Ces critères sont cohérents avec le programme de qualité et d'efficacité (PQE) « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Objectifs, ils peuvent constituer une première ligne de partage dans l'attribution des moyens. Ils sont cependant sommaires et n'apparaissent pas suffisants pour répondre à la mission première de la CNSA de répartition équitable de l'offre en ESMS dans les régions.

La CNSA reconnaît le caractère perfectible de ses critères de répartition des crédits de mesures nouvelles, qui prennent en compte la population générale, en tranches d'âge, et le taux d'équipement. Cette approche est très limitative : même sans disposer d'une vision précise des besoins en services collectifs, il est possible d'envisager d'autres critères, qui intégreraient par exemple les équipements non financés par l'assurance maladie, les flux de population, les ressources financières des populations, etc.

La CNSA a lancé en 2013 un groupe de réflexion sur ce sujet en vue d'aboutir sur des propositions opérationnelles d'ici la fin du 1er semestre 2014.

Les ARS rencontrées dans le cadre de la présente enquête proposent des approches plus fines fondées, s'agissant des personnes âgées, sur le nombre de bénéficiaires de l'APA, le taux de mortalité, la date moyenne d'entrée en dépendance, etc.

S'agissant des personnes handicapées, elles proposent de prendre en considération des populations plus significatives que la population globale, par exemple, le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH), de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), le nombre d'enfants handicapés scolarisés.

4 - L'évolution des disparités entre les régions

Dans le cadre de sa mission de garantie de l'équité territoriale, la CNSA mesure annuellement les écarts d'équipement territoriaux entre régions mais aussi entre départements. Les indicateurs de la mission du programme qualité et efficacité (PQE) produits par la CNSA portent sur les disparités de taux d'équipement (en nombre de places) ou de dépenses (en euros) par habitant. Par ailleurs, la réduction des écarts inter et intra régionaux de l'offre d'équipement et des dépenses dédiées de l'assurance maladie est un objectif fixé à la CNSA dans le cadre de la COG et retracé à partir des indicateurs d'écarts territoriaux dans le cadre des CPOM-ARS.

Précisions méthodologiques

Les disparités d'équipement concernant les ESMS sont mesurées à l'aide du coefficient de variation (écart type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage) des taux d'équipement pour 1 000 personnes. Le coefficient de variation a pour objectif de comparer le taux de dispersion autour de la moyenne, observé entre 2010 et 2011.

Tableau n° 8 : écarts en nombre de places pour 1000 enfants handicapés

	Enfants handicapés							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Écart interrégional	20,50 %	19,70 %	18,40 %	18,50 %	18,30 %	18,00 %	17,40 %	17,50 %
<i>Médiane des départements</i>	9,2	9,5	9,5	9,5	9,6	9,9	9,9	10,2
<i>Médiane des régions</i>	9,4	9,3	9,6	9,6	9,8	9,9	9,8	10,2
<i>Moyenne France entière</i>	8,7	8,6	8,8	8,9	9	9,1	9,2	9,3

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 - DREES pour données 2006 – CNSA pour 2007-2011 (FINISS).

Tableau n° 9 : écarts en dépenses en euros, enfants handicapés

	Enfants handicapés					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Écart interrégional	17,60 %	17,30 %	18,00 %	17,00 %	16,00 %	17,80 %
Médiane des départements	332	337	356	377	393	385
Médiane des régions	342	357	367	383	405	402
Moyenne France entière	317	331	343	361	370	368

Source : CNSA/CNAMTS, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, en euros pour 1 000 enfants et adultes.

S'agissant des enfants handicapés, les écarts interrégionaux de taux d'équipement ont sensiblement baissé de 2004 à 2006. Depuis 2006, la baisse est lente et irrégulière, les écarts s'accroissant entre 2010 et 2011.

S'agissant des dépenses en euros, les écarts interrégionaux s'accroissent entre 2006 et 2011.

Tableau n° 10 : écarts en nombre de places pour 1000 adultes handicapés

	Adultes handicapés							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Écart interrégional	44,90 %	44,60 %	37,40 %	33,10 %	31,00 %	31,30 %	29,40 %	27,10 %
Médiane des départements	1,1	1,2	1,2	1,4	1,6	1,8	2	2
Médiane des régions	1,1	1,2	1,3	1,5	1,7	1,8	2	2,1
Moyenne France entière	1,2	1,2	1,3	1,5	1,6	1,8	1,9	2

Source : CNSA/CNAMTS, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, en euros pour 1 000 enfants et adultes.

Tableau n° 11 : écarts en dépenses en euros, adultes handicapés

	Adultes handicapés					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Écart interrégional	35,80 %	34,80 %	33,10 %	27,70 %	31,90 %	30,10 %
Médiane des départements	56	59	64	64	74	81
Médiane des régions	52	57	61	61	73	76
Moyenne France entière	53	57	62	66	73	80

Source : CNSA/CNAMTS, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, en euros pour 1 000 enfants et adultes.

S'agissant des adultes handicapés, les écarts interrégionaux de taux d'équipement diminuent constamment de manière significative jusqu'en 2011. Ceci peut s'expliquer par une situation historiquement très hétérogène sur ce secteur, la priorité accordée au développement des places pour adultes dans les plans nationaux permettant progressivement de rééquilibrer l'offre au profit des territoires faiblement équipés.

Les écarts interrégionaux de la dépense en euros pour 1 000 adultes se sont globalement réduits sur la période 2006-2011, malgré une progression entre 2009 et 2011.

En dynamique, l'évolution des écarts territoriaux dans les deux secteurs depuis 2004 ne repose pas sur les mêmes leviers d'action. Pour les adultes handicapés, le rééquilibrage s'opère progressivement, étant donné le point de départ initial, par des créations de places de MAS-FAM²⁹ et le développement des services (SAMSAH-SSIAD³⁰). Pour les enfants handicapés, secteur où l'offre est beaucoup moins dispersée que pour les adultes, la répartition des moyens, essentiellement en SESSAD, permet de corriger significativement les déséquilibres observés entre les régions et entre les départements.

Pour les personnes âgées : La dispersion de l'offre médico-sociale pour personnes âgées évolue de façon irrégulière depuis 2004. De 2004 à 2007, les écarts se sont accrus. Depuis 2007, ils baissent sensiblement.

²⁹ MAS : maison d'accueil spécialisé ; FAM : foyer d'accueil médicalisé.

³⁰ SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées ; SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

Tableau n° 12 : écart en nombre de places, personnes âgées

	Personnes âgées							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ecart interrégional	17,60 %	17,80 %	18,10 %	19,90 %	17,30 %	16,70 %	16,00 %	15,00 %
<i>Médiane des départements</i>	142,3	142	142,8	138,7	131,4	133,6	135,5	140
<i>Médiane des régions</i>	137,2	135	140,9	140,5	133	133	134,3	139,1
<i>Moyenne France entière</i>	132,1	131,4	134,9	132,4	128,4	128,6	129,7	135,2

Source : CNSA/CNAMTS

Tableau n° 13 : écarts en dépenses en euros, personnes âgées

	en euros pour 1 000 personnes âgées.					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ecart interrégional	10,30 %	9,20 %	8,90 %	8,40 %	9,60 %	11,90 %
<i>Médiane des départements</i>	1 441	1 489	1 661	1 822	1 895	1 897
<i>Médiane des régions</i>	1 391	1 484	1 636	1 814	1 880	1 999
<i>Moyenne France entière</i>	1 436	1 505	1 652	1 826	1 896	2 048

Source : CNSA/CNAMTS - dépenses assurance maladie

Ce tableau met en évidence une augmentation des écarts entre les régions, particulièrement nette depuis 2009. Cette tendance diffère de l'analyse en place par habitant. Cependant, la CNSA souligne le poids des autres dépenses dans cet indicateur : secteur libéral (à travers les actes infirmiers de soins - AIS - réalisés sur les personnes âgées de 75 ans et plus) et offre en unités de soins longue durée (USLD) du secteur sanitaire. Les dépenses d'actes infirmiers de soins sont ainsi fortement localisées régionalement sur le bassin méditerranéen et l'arc atlantique.

Les données présentées dans les tableaux ci-dessus montrent que les disparités entre les régions varient selon l'un ou l'autre des deux indicateurs utilisés.

Selon l'indicateur « dépenses par habitant », les disparités se réduisent faiblement (adultes handicapés) ou s'accroissent (enfants handicapés, personnes âgées pour les régions).

Selon l'indicateur « taux d'équipement », les disparités se réduisent sensiblement pour les adultes handicapés, plus faiblement et de façon plus irrégulière pour les enfants handicapés et les personnes âgées.

Compte tenu des importants moyens nouveaux apportés par les grands plans nationaux, l'action de la CNSA en vue de la réduction des disparités entre les territoires a donné des résultats mitigés, voire décevants pour ce qui concerne les personnes âgées.

Les difficultés rencontrées dans la réduction des disparités entre les régions sont en outre amplifiée par le jeu des « réserves nationales » et le mécanisme d'encadrement dit du « serpent ».

5 - Un sérieux biais : les « réserves nationales »

La réserve nationale correspond à une part des dotations des grands plans nationaux allouée aux ARS, sur instruction expresse d'un ministre, comme complément d'enveloppe régionale pour couvrir le coût d'opérations ciblées.

Sur les fondements juridiques et la nature de la « réserve nationale » qui apparaît dans ses dossiers, la CNSA a précisé que « la réserve nationale n'obéit à aucun cadre juridique spécifique ; il s'agit avant tout d'un usage, qui a cependant été « protocolisé » entre la CNSA et les cabinets successifs de la création de la CNSA à 2010³¹. La délégation de réserve donne lieu à des « courriers Ministre » opération par opération. Les crédits notifiés dans le cadre de la réserve sont soumis aux règles s'appliquant aux enveloppes de droit commun (pour la réserve nationale -RN- fonctionnement : délégation en AE/CP ; pour la RN plan d'aide à l'investissement - PAI- : conventionnement et paiement en trois fois de la subvention) ».

Les deux protocoles délimitent le périmètre financier des enveloppes de la réserve nationale, qui correspond à 10 % des mesures nouvelles de création de places et à 10 % du volume financier consacré au financement d'opérations d'investissement dans le cadre du plan d'aide à l'investissement. Ils prévoient une consultation pour avis de la CNSA. Le protocole de 2010 précise que pour chacune des enveloppes, la répartition

³¹ Deux protocoles sous forme de lettres signées par les directeurs de cabinet des ministres, l'un du 1^{er} décembre 2008, l'autre du 6 juillet 2010.

entre les ministres est la suivante : 60 % pour le ministre et 40 % pour les secrétaires d'État.

À partir de 2010, les cabinets ministériels, tout en maintenant la pratique de la réserve nationale, n'ont plus passé de protocole d'accord.

L'autorité à l'origine des décisions est toujours le ou les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées.

S'agissant du suivi de l'exécution de la décision, les projets, une fois financés, font l'objet du même suivi que les crédits notifiés par les circuits de droit commun : inscription au PRIAC, saisie dans SELIA pour l'autorisation et l'installation effectives, et tarification (suivie dans le système d'information HAPI).

a) Les données globales fournies par la CNSA

Au total, les notifications de réserve nationale depuis 2006 s'élèvent à 152,6 M€ sur le champ du handicap (soit 3 112 places financées), et à 58,8 M€ sur le champ des personnes âgées (6 564 places).

Les décisions d'attribution ont été prises de 2006 à 2012 pour des financements pouvant courir jusqu'à 2016. Les opérations décidées portent sur 156 projets financés dans le secteur des personnes âgées et 220 projets dans le secteur des personnes handicapées.

Les opérations de la réserve nationale représentent 10,24 % du montant des mesures nouvelles (réserve exclue) dans le secteur des personnes handicapées et 6,48 % dans le secteur des personnes âgées.

Les valeurs absolues et relatives de ces opérations, la durée du mécanisme de la réserve nationale en font un système d'attribution de moyens très significatif.

Sur le champ des personnes âgées, les places relèvent du plan solidarité grand âge, et non des mesures spécifiques Alzheimer, même si des projets d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) financés par le biais de la réserve peuvent concerner des publics Alzheimer ou apparentés.

Tableau n° 14 : notification de la réserve nationale (RN) depuis 2006

Enveloppe de RN notifiée par type d'établissements depuis 2006 (personnes handicapées)	Part dans le total RN en %
SESSAD³²	9,2 %
IME³³	14,1 %
Total Enfance	24,3 %
FAM³⁴	8,4 %
MAS³⁵	39,6 %
Total Adultes	50,7 %
<i>Structure expérimentale (dont autisme)</i>	17,5 %
<i>Autres structures personnes handicapées</i>	7,5 %
TOTAL personnes handicapées	100,00 %
Enveloppe de RN notifiée par type d'établissements depuis 2006 (personnes âgées)	%
EHPAD	93,05 %
Autres structures personnes âgées	6,95 %
TOTAL personnes âgées	100,00 %

Source : Cour des comptes à partir de données CNSA

b) Analyse du mécanisme de la réserve nationale

La méthodologie utilisée par la Cour pour analyser les écarts de dotation entre les régions (ARS) au titre de la réserve nationale est présentée en annexe 6A. Les tableaux mesurant les écarts entre les régions (cf. annexe 6B) font apparaître les constats suivants.

S'agissant des personnes handicapées :

Des régions telles que le Limousin, la Lorraine et Poitou-Charentes ont perçu au titre de la réserve nationale des montants très sensiblement supérieurs à ce qu'elles auraient reçu si sa répartition avait été faite conformément aux critères objectifs retenus par le conseil de la CNSA au titre des grands plans nationaux de création de places (montant « théorique »).

³² SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

³³ IME : institut médico-éducatif.

³⁴ FAM : foyer d'accueil médicalisé.

³⁵ MAS : maison d'accueil spécialisée.

Tableau n° 15 : réserve nationale (RN), écarts significatifs en M€

Région	Montant « théorique » RN	Montant réel RN	écart
Limousin	1,092	7,841	6,749
Lorraine	4,207	10,701	6,494
Poitou-Charentes	3,733	8,143	4,410
Midi-Pyrénées	4,393	7,167	2,774
Champagne-Ardenne	2,881	0,435	-2,446
Franche-Comté	2,001	0,380	-1,621

Source : Cour des comptes à partir de données CNSA

Les « surdotations » ne compensent pas un sous-équipement en places ; bien au contraire, ces régions, à l'exception de Midi-Pyrénées, sont déjà mieux dotées que la moyenne nationale :

Tableau n° 16 : taux d'équipement personnes handicapées

Taux d'équipement ayant été utilisés (avec d'autres critères) pour la répartition des autorisations d'engagement 2011 et 2012	Taux d'équipement enfants handicapés (établissements + domicile) (places FINESS ³⁶ fin 2010, population 2009 0-19 ans) (en ‰)	Taux d'équipement adultes handicapés (établissements + domicile) (places FINESS fin 2010, population 2009 20-59 ans) (en ‰)
Limousin	12,02	3,49
Lorraine	11,29	2,12
Poitou-Charentes	11,78	2,11
Total France Entière	9,74	2,01

Source : CNSA

À l'inverse, des régions telles que Champagne-Ardenne et Franche-Comté ont perçu des montants réels inférieurs aux montants théoriques.

³⁶ Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux.

S'agissant des personnes âgées :

La Corse qui aurait dû recevoir 0,312 M€ a perçu 1,125 M€, soit + 0,813 M€ ; Rhône-Alpes qui aurait dû percevoir 3,439 M€ a reçu 11,758 M€, soit + 8,319 M€.

À l'inverse, l'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais ont perçu des montants bien inférieurs aux dotations théoriques. Champagne-Ardenne, région apparemment peu soutenue, aurait dû recevoir 1,622 M€ et n'a rien reçu. De même, la Franche-Comté, la Guadeloupe, la Guyane, la Haute-Normandie, la Réunion n'ont rien reçu.

Plus largement, certaines régions ont été fortement favorisées par la réserve nationale au regard de leur taux d'équipement :

Tableau n° 17 : taux d'équipement personnes âgées

Taux d'équipement ayant été utilisés (avec d'autres critères) pour la répartition des autorisations d'engagement 2011 et 2012	taux d'équipement (MR + USLD + SSIAD ³⁷) (places FINESS fin 2010, population 2009 + 75 ans) (en ‰)
Alsace	147,89
Auvergne	154,97
Corse	76,21
Midi-Pyrénées	138,71
Rhône Alpes	146,30
Total France Entière	136,66

Source : CNSA

Il s'agit, notamment, de l'Alsace, de l'Auvergne (2006-2008), de la Basse-Normandie (2006-2012), de la Bretagne (2006-2010), de la Corse (2007), de Midi-Pyrénées (2006-2012) et de Rhône-Alpes (toute la période). La quasi-totalité de ces régions (à l'exception de la Corse) disposent en effet d'un taux d'équipement en EHPAD plus important que la moyenne.

Inversement, d'autres régions n'ont pas reçu la part de la réserve telle qu'elle aurait été répartie selon les critères CNSA (Champagne Ardenne, Centre, Franche-Comté, DOM, Ile de France, Haute Normandie, Lorraine). Certaines de ces régions étant déjà en sous-

³⁷ Maisons de retraite, unités de soins longue durée, services de soins infirmiers à domicile.

équipement (Franche Comté, DOM, IDF), la réserve nationale est venue contrecarrer en partie l'effort de rattrapage accompli par les plans de créations de places.

Selon la CNSA, « la réserve peut participer à la réalisation qualitative ou quantitative des plans nationaux. Elle est ainsi utilisée par les ministres pour financer des structures expérimentales (par exemple structures expérimentales (...) sur l'autisme, notamment en Île-de-France ou dans le Nord-Pas-de-Calais). Elle peut être utilisée aussi pour financer des « plans de rattrapage » pour des régions en retard : région Nord-Pas-de-Calais entre 2006 et 2008 ou, plus récemment, Océan Indien sur les nouvelles autorisations d'engagement. Dans ces cas, la réserve nationale permet d'accompagner, voire d'accélérer des dispositifs de résorption des écarts entre régions ».

Cependant, les constats exposés ci-dessus montrent que les décisions prises dans le cadre de la réserve nationale, non seulement ne vont pas dans le sens d'une répartition équitable des moyens sur le territoire pourtant prévue par la loi et par la convention d'objectifs et de gestion, mais accroissent souvent les écarts de taux d'équipement entre les régions.

De même, les notifications sur réserve nationale ne respectent pas la répartition des créations de places entre structures (EHPAD / SSIAD etc.) telle que prévue dans les plans de création de places. La grande majorité des places créées dans le cadre de la réserve sont en effet des places en établissement. Ainsi, les places créées en EHPAD représentent 93 % de la réserve nationale personnes âgées alors que le cadrage initial du plan solidarité grand âge ne leur en réservait que 41 %.

c) Les procédures suivies : un mécanisme opaque, des décisions non motivées déterminées par des proximités territoriales

La réserve nationale n'obéit à aucun cadre juridique spécifique, il s'agit avant tout d'un usage. La délégation de réserve donne lieu à des courriers « Ministre », opération par opération. Les crédits notifiés dans le cadre de la réserve sont ensuite soumis aux règles s'appliquant aux enveloppes de droit commun.

La mise en œuvre de la réserve nationale se fait donc indépendamment des critères de répartition votés par le conseil de la CNSA. La CNSA ne fait qu'appliquer la décision ministérielle en émettant, sur saisine des ministres, un avis qui reste consultatif.

L'examen de 57 dossiers (37 pour le secteur des personnes âgées et 20 pour le secteur des personnes handicapées, cf. annexe 6A) montre que :

- les motivations des cabinets ministériels sont soit très superficielles (« projet en cohérence avec la politique de développement de l'offre d'hébergement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer » ou « adéquation avec les objectifs gouvernementaux »), soit inexistantes ;
- les avis de la CNSA et des ARS sur ces opérations sont le plus souvent réservés ou défavorables : l'avis, circonstancié, de la CNSA apparaît dans 37 dossiers (pour l'essentiel, ceux comportant des fiches navettes). Cet avis est défavorable pour 6 dossiers, réserve pour 27 dossiers et favorable pour 4 dossiers. Les motivations des avis réservés ou défavorables de la CNSA tiennent au non-respect de l'objectif de réduction des disparités territoriales et à l'incompatibilité avec le PRIAC. Le plus souvent, les ARS ou précédemment les DDASS ont relevé que les dossiers ne sont pas inscrits aux PRIAC ;
- le coût à la place des projets peut être nettement plus élevé que la moyenne nationale ou régionale ;
- la pertinence des projets financés peut être contestable : ainsi, s'agissant des personnes handicapées, un dossier fait état d'une localisation inadaptée au projet (structure implantée dans un lieu isolé et peu accessible alors qu'elle aurait vocation à apporter un secours rapide à des personnes victimes de traumatismes crâniens) ;
- dans le secteur des personnes handicapées, il apparaît que l'un des dossiers n'aurait en tout état de cause pas dû être financé par la CNSA dans la mesure où le projet consistait à accompagner des jeunes vers l'emploi, sans logique de soins, ce qui ne relève pas d'un financement par l'ONDAM comme l'ont d'ailleurs fait observer tant la direction de la sécurité sociale que la CNSA.

La plupart des opérations ne sont pas conformes au principe d'équité territoriale entre les régions ou entre les départements.

Ainsi, dans les deux secteurs personnes âgées et personnes handicapées, de nombreux dossiers ont eu pour effet d'accroître les écarts d'équipement entre les territoires.

d) Un mécanisme difficilement compatible avec la procédure d'appel à projet

La procédure d'appel à projet

La réforme du régime d'autorisation dans le contexte de la nouvelle planification médico-sociale issue de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et du décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010³⁸ repose désormais sur la mise en œuvre d'une procédure d'appel à projet (AAP) préalable à la délivrance de l'autorisation de création des établissements et services médico-sociaux (ESMS) prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

Cette nouvelle procédure d'autorisation doit garantir, conformément à la demande du législateur, le caractère « sincère, loyal et équitable » de la mise en concurrence. Au-delà de la mise en concurrence, quatre principes doivent être respectés pour délivrer une autorisation en référence à l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles : la compatibilité avec les objectifs et réponses aux besoins sociaux et médico-sociaux définis par le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) ; la satisfaction aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles ; la réponse au cahier des charges fixé par les autorités qui délivrent l'autorisation ; la compatibilité du projet avec le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) mentionné à l'article L. 312-5.1 du code de l'action sociale et des familles.

La publication d'un calendrier prévisionnel des appels à projet permet d'éclairer l'ensemble des parties prenantes, sur les besoins prioritaires à satisfaire, en concordance avec les moyens disponibles et les objectifs définis dans les schémas et les programmes dont le PRIAC.

La réserve nationale apparaît peu compatible avec le dispositif pérenne d'appel à projet. Elle repose sur une attribution « ciblée » du financement, qui peut porter sur un promoteur et/ou sur un territoire. Rien ne garantit que ledit ciblage soit compatible avec les éléments figurant dans les SROMS, notamment en termes de publics ou de territoires.

Le projet porté politiquement peut ne pas correspondre au cahier des charges de l'ARS ; il convient en outre de souligner que les PRIAC

³⁸ La circulaire DGCS/5B n° 2010-34 du 28 décembre 2010 explicite la procédure d'AAP et d'autorisation des ESMS.

doivent être révisés pour permettre la prise en compte des notifications sur réserve nationale.

La sélection des projets réalisée dans le cadre de la procédure d'appel à projet est lancée sur la base d'un cahier des charges réalisé par les autorités compétentes. Les promoteurs sont auditionnés par la commission de sélection afin de compléter leur projet et de répondre aux questions complémentaires des décideurs. La commission de sélection d'appel à projet est une instance consultative dont l'avis n'est pas une décision administrative susceptible de recours. La décision d'autorisation relève de l'autorité compétente, après classement des projets par cette commission (article R. 313-6-2 du code de l'action sociale et des familles). L'article R. 313-7 du même code précise : « Lorsque l'autorité compétente ne suit pas l'avis de la commission, elle informe sans délai les membres de la commission de sélection des motifs de sa décision ».

Ainsi, l'autorité qui délivre l'autorisation peut choisir le projet qu'elle juge le plus opportun, sans tenir compte de son rang de classement établi par la commission de sélection. Mais l'arrêté peut alors faire l'objet d'un recours contentieux par un opérateur qui serait mieux positionné dans ce classement, dans la mesure où cette liste est publiée selon les mêmes modalités que l'avis d'appel à projet (article R. 313-6-2 du code de l'action sociale et des familles).

La mise en place de la procédure d'appel à projet devrait fragiliser la pratique de la réserve nationale. Une réflexion peut cependant être engagée sur l'opportunité d'utiliser des crédits réservés pour des opérations interrégionales (par exemple sur les handicaps rares) ou pour des opérations innovantes après une évolution législative qui permettrait de passer un appel à projet national. Selon la CNSA et la DGCS, deux mesures sont à l'étude pour modifier le mécanisme de la réserve : l'enveloppe nationale serait plus limitée (au maximum 5 % des mesures nouvelles) ; une nouvelle doctrine d'emploi permettrait, dans le respect des attributions du conseil de la CNSA, de donner une réponse satisfaisante à la promotion de projets innovants.

Le mécanisme de la réserve nationale, dénué de fondement juridique, joue sur des sommes relativement importantes (212 M€). Le processus décisionnel aboutissant au financement d'un projet grâce à la réserve nationale est opaque. Très souvent, les décisions prises ne vont pas dans le sens d'une répartition plus équitable de l'offre entre les territoires. La Cour estime que cette pratique fragilisée par la procédure de l'appel à projet devrait être supprimée.

Par ailleurs, dans le cadre des plans d'aide à l'investissement, le directeur de la CNSA a dû obtenir à quatre reprises des « lettres de

couverture » des ministres pour autoriser le versement anticipé de subventions à des opérations dont les travaux n'avaient pas commencé, ce qui est contraire à la réglementation.

6 - Une mesure d'excessive prudence, l'encadrement par un « serpent »

Considérant que la dynamique démographique créait des besoins partout, et afin de garantir un volume minimal de places nouvelles dans tous les départements, le conseil de la CNSA a décidé, lors de sa séance du 24 janvier 2006, d'encadrer l'effet des critères de répartition par un « serpent » calculé à partir d'un intervalle autour du taux moyen de progression de l'enveloppe, de + ou - 2 %, soit par exemple de 1,9 % à 5,9 % (hors DOM-TOM) pour une moyenne de 3,9 % de la dépense autorisée pour les personnes handicapées en 2009.

Réexaminant cette question, sur une proposition de la direction de la CNSA tendant à placer « le serpent » à 3 % autour de la moyenne, le conseil lors de sa séance du 30 mars 2010 a décidé de le maintenir à deux points autour de la moyenne. Pour autant, ce mécanisme, même assoupli, conduit à freiner la résorption des écarts de l'offre entre les territoires, ce qui ne va pas dans le sens de la mission confiée à la Caisse.

Concrètement, ce mécanisme a eu les effets suivants.

En 2006 pour les personnes âgées, le Limousin apparaît hors du serpent « par le bas ». Cela tient à la prise en compte de la médicalisation dans l'évolution de l'enveloppe régionale : le Limousin est une région bien avancée en médicalisation initiale, elle évolue donc sensiblement moins que la moyenne. À l'inverse, la Corse ainsi que Poitou-Charentes et la Picardie sont bien en situation de rattrapage et cumulent un faible taux de médicalisation, ce qui les fait sortir très légèrement du « serpent ». Pour les personnes handicapées, la Corse se distingue et sort du « serpent » par le haut du fait de son grand retard en termes de taux d'équipement qui lui permet de bénéficier d'un quota important de places nouvelles.

En 2007 pour les personnes âgées, les efforts de rattrapage se poursuivent en faveur notamment de trois régions, en retard en termes de médicalisation initiale (Franche-Comté et Picardie) ou en termes de ressources d'assurance maladie par habitant (Nord-Pas-de-Calais) ; ces trois régions sortent donc du « serpent » par le haut. Pour les personnes handicapées, la Corse et le Limousin sortent du « serpent » par le haut. Si pour la Corse, l'explication de 2006 peut-être reprise (poursuite de l'effort de rattrapage), le Limousin se voit fortement doté en raison du

grand nombre de projets pour les personnes handicapées en attente de financement.

En 2008 pour les personnes âgées, seule la région Nord-Pas-de-Calais sort du « serpent » en raison de ressources d'assurance maladie par habitant encore très en-deçà de la moyenne. Pour les personnes handicapées, la Corse est la seule région à sortir du « serpent » en raison de taux d'équipement en structures pour personnes handicapées encore sensiblement inférieur à la moyenne, nécessitant la poursuite de l'effort de rééquilibrage en places nouvelles.

En 2009 pour les personnes âgées, la région Nord-Pas-de-Calais sort encore du « serpent » en raison de ressources d'assurance maladie par habitant encore très en-deçà de la moyenne, le lent effort de rééquilibrage se poursuivant. Pour les personnes handicapées, toutes les régions se situent dans le « serpent ».

En décembre 2011 et février 2012 ont été notifiées les dernières autorisations d'engagement (AE) permettant de solder les deux grands plans nationaux de créations de places. Le montant des AE personnes âgées étant faible (autour de 20 M€), l'effet « serpent » n'a pas joué. Pour les personnes handicapées, le montant était beaucoup plus élevé (295 M€), mais les calculs effectués n'ont pas identifié de régions en dehors de l'effet serpent, même si la Corse et la Haute-Normandie étaient à la limite supérieure du seuil.

Le mécanisme d'encadrement par un « serpent », qui s'applique à des flux de création de places, ralentit le processus de réduction des écarts d'équipement entre les régions, ce qui ne va pas dans le sens des orientations prônées par la convention d'objectifs et de gestion et le programme qualité et efficience.

Même si ses conséquences effectives sont limitées, ainsi que le souligne le directeur de la CNSA, le « serpent » est toujours susceptible de produire des effets puisque, en 2012, certaines régions se situaient encore à proximité immédiate de ses limites.

B - La modulation de la reconduction des moyens

Le niveau des moyens existants alloués aux établissements et services médico-sociaux est très élevé puisqu'il correspond au montant de l'objectif global de dépenses.

Une action sur ces moyens, accumulés au fil des dotations historiques, serait nécessaire pour permettre une réduction des écarts entre les régions. Cette action serait d'autant plus utile que les « flux »,

privés désormais de grands plans nationaux vont vraisemblablement représenter de faibles volumes.

Faute de disposer à ce jour d'outils permettant une approche territoriale comparative de l'offre en ESMS et de son adaptation aux besoins de la population, il est difficile pour la CNSA de procéder à une modulation de la reconduction des moyens existants. Les ARS prennent des initiatives intéressantes en la matière. Elles seraient d'autant mieux aidées pour le faire que la CNSA disposerait d'instruments permettant de comparer l'offre territoriale d'ESMS.

Le directeur de la CNSA distingue l'intervention sur le « stock » de places de l'allocation budgétaire aux places existantes (modulation tarifaire) : il lui paraît très difficile de revenir sur le nombre de places installées au-delà des opérations de restructurations locales liées à l'adaptation de l'offre aux besoins.

Il souligne que, sur le champ des personnes handicapées, une importante action sur les stocks a été conduite sur la période : il s'agit d'opérations de transformations, notamment d'établissements en services dans le champ de l'enfance handicapée. Au-delà d'une transformation d'offre existante, l'action sur les stocks intervient sur les coûts. Sur ce point, il estime que deux préalables sont requis qui manquent actuellement :

- l'absence d'étude nationale de coûts ;
- la modification du dispositif réglementaire qui entrave les ARS pour agir sur les coûts (tarification à la dépense favorisant la reconduction des dotations de N-1).

À cet égard, dans leur rapport d'octobre 2012 sur les ESMS pour personnes handicapées, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des finances (IGF) considèrent que le régime d'autorisation ne doit pas être un frein aux évolutions indispensables et proposent de limiter le champ réglementaire aux critères essentiels³⁹. Les inspections identifient en outre les chantiers indispensables pour une action sur les stocks : mesure des besoins des personnes ; mise en place d'un référentiel décrivant les prestations rendues en ESMS ; études de coûts de ces structures.

En tout état de cause, une telle politique relève d'une décision en ce sens du conseil. En revanche, la CNSA peut faire de la modulation tarifaire et revoir l'allocation tarifaire historique dans le cadre de politiques tarifaires nationales.

³⁹ Réforme des annexes XXIV du décret n° 89-978 du 27 octobre 1989.

Le directeur de la Caisse mentionne à juste titre la politique de convergence tarifaire entre les ESMS comme moyen d'action sur les stocks. La convergence tarifaire des EHPAD est répercutée sur les dotations régionales limitatives (DRL). Une région disposant de beaucoup d'établissements convergents voit donc sa DRL réduite à due proportion. Cependant, cette technique ne concerne à ce jour que les EHPAD.

Certaines ARS pratiquent une convergence des coûts sur d'autres structures que les EHPAD (secteur du handicap), mais dans le cadre de leur DRL, qui n'est donc pas affectée par ces actions. Ces actions permettent aux ARS de « motiver » les redéploiements opérés entre ESMS dans le cadre des procédures budgétaires.

Au total, les difficultés qu'éprouve la CNSA pour mener une politique volontariste de modulation illustrent à nouveau l'écart entre l'ambition des missions qui lui sont assignées et les leviers d'action dont elle dispose en pratique.

C - Le financement de mesures spécifiques

1 - Les plans d'aide à l'investissement (PAI)

La contribution de la CNSA au financement de l'investissement des ESMS constitue une mission pérenne de la Caisse depuis 2008⁴⁰. Cette politique a été financée, jusqu'en 2010, exclusivement sur les réserves de la CNSA. Cependant, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) a été affectée à cette dépense, respectivement à hauteur de 4 % en 2011 puis 2 % en 2012, à part égale entre les secteurs personnes âgées et personnes handicapées.

Le montant des PAI tend à diminuer sérieusement à partir de 2011. Sur un montant initialement prévu de 113 M€, seuls les 42 M€ affectés aux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ont effectivement été autorisés, après une mise en réserve décidée par la loi du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques. En 2012, était prévu un montant de 47,8 M€ correspondant aux recettes précitées de CSA. Finalement, compte tenu du gel de ces ressources, le montant du PAI a été de 120 M€ financé sur les réserves de la CNSA, auxquels se sont ajoutés 15,3 M€ au titre des contrats de projets État-région. Le montant de 120 M€ a été reconduit en 2013, toujours par prélèvement sur les réserves de la CNSA.

⁴⁰ Article 69-I de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, codifiée au 10° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les données transmises sont les suivantes :

**Tableau n° 18 : plans d'aide à l'investissement
(en milliers d'euros)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
plan d'aide l'investissement (PAI) personnes âgées	350 506	127 469	221 574	227 222	131 344	50 552	91 331	1 199 998
ont EHPAD	316 191	115 892	195 600	207 833	124 159	49 779	90 658	1 100 112
Part des EHPAD	90,21 %	90,92 %	88,28 %	91,47 %	94,53 %	98,47 %	99,26 %	91,68 %
PAI personnes handicapées (PH)	149 930	53 537	74 934	96 015	54 294	10 822	43 951	483 483
Dont IME ⁽¹⁾ -IMP ⁽²⁾ -IEM ⁽³⁾	90 367	28 306	33 629	18 044	19 643	6 749	11 735	208 473
Part des IME-IMP-IEM	60,27 %	52,87 %	44,88 %	18,79 %	36,18 %	62,36 %	26,70 %	43,12 %
Dont MAS	27 838	8 351	19 621	44 338	21 431	1 801	15 737	139 117
part des MAS ⁽⁴⁾	18,57 %	15,60 %	26,18 %	46,18 %	39,47 %	16,64 %	35,81 %	28,77 %
Total PAI	500 436	181 006	296 508	323 237	185 638	61 374	135 282	1 683 481

⁽¹⁾ *Instituts médico-éducatifs*

⁽²⁾ *Instituts médico-pédagogiques*

⁽³⁾ *Instituts d'éducation motrice*

⁽⁴⁾ *Maison d'accueil spécialisée*

Source : Cour des comptes à partir de données CNSA

Le caractère irrégulier et imprévisible des montants des dotations annuelles des plans d'aide à l'investissement n'a pas facilité la gestion de ce dispositif par la CNSA et les ARS, laquelle a dû être très flexible et empirique. Pour autant, les plans d'aide à l'investissement (PAI) ont permis une amélioration conséquente de l'accueil dans les ESMS pour personnes âgées et pour personnes handicapées.

Selon la CNSA, le pilotage des plans d'aide à l'investissement par le niveau national s'est avéré difficile dans la mesure où même si les besoins de rénovation sont patents, il n'existe pas d'approche évaluative du patrimoine des ESMS. Dans le domaine hospitalier, l'ANAP a mené des études sur le patrimoine, mais cela n'a pas été fait dans le domaine médico-social.

Les demandes des établissements sont donc remontées par l'intermédiaire des ARS, qui les ont examinées et hiérarchisées. Pour les deux secteurs, les volumes financiers afférents aux PAI sont répartis sur la base de critères validés par le conseil de la CNSA (population, places autorisées, potentiel fiscal).

L'application de ces critères produit des dotations régionales (hors PASA) permettant, à minima, le financement d'au moins une opération d'envergure par région.

Au total, 90 % du volume financier autorisé sont répartis entre les ARS. Les 10 % restant relèvent d'une attribution directe par les ministres dans le cadre de la réserve nationale. Les conséquences financières de ces décisions sont beaucoup moins importantes que celles de la réserve ayant trait aux créations de places nouvelles. Les premières n'entrent pas en base dans les dotations régionales limitatives, elles sont non reconductibles, à la différence des décisions portant sur les mesures nouvelles de création de places.

La baisse très sensible des enveloppes PAI depuis 2009 devrait laisser une part substantielle des besoins estimés en modernisation ou création d'ESMS non financée.

Il appartiendra à la CNSA, en liaison avec les ARS et les autres financeurs, d'examiner la situation des ESMS dont les installations demeurent vétustes, inadaptées aux publics accueillis et non conformes aux normes, en particulier environnementales, applicables. Un projet portant sur l'immobilier médico-social a été lancé en mai 2013 par l'ANAP avec le concours de la CNSA. Il prévoit une évaluation du patrimoine des ESMS qui devrait constituer une étape particulièrement utile.

2 - La médicalisation des EHPAD

La répartition des crédits de médicalisation obéit à des règles différentes de celles afférentes à la répartition des crédits de places nouvelles, en raison de leur nature particulière. Un EHPAD, une fois qu'il est autorisé, mobilise une enveloppe de création de places. Quand ensuite il est conventionné, une enveloppe de médicalisation lui est accordée et vient ajuster le coût de création au coût induit par le niveau de dépendance et de soins requis par la population accueillie.

La tarification des EHPAD (section soins)

Les EHPAD assurent un accueil médicalisé pour des personnes dont la dépendance, mesurée au travers de la grille de cotation AGGIR⁴¹, est supérieure en moyenne à 300 points GIR⁴² par résident. Au-delà d'un niveau de dépendance de 300 points GIR et/ou au-delà d'une taille supérieure à 25 places autorisées, les établissements accueillant des personnes âgées doivent passer une convention tripartite quinquennale avec l'ARS (financeur des soins) et avec le conseil général (financeur de la dépendance) pour permettre un accueil médicalisé des personnes âgées.

La première génération de conventionnement date de la période 2001-2006, avec la mise en place de la tarification par section (soins/dépendance/hébergement) corrélativement à la montée en charge de la nouvelle prestation créée à cette occasion : l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). La deuxième génération de conventionnement a été entamée sur la période 2007-2012 dans le cadre du plan solidarité grand âge (PSGA). À cette occasion, le financement soin des EHPAD a été substantiellement amélioré : reposant sur une évaluation quantifiée des besoins en soins des personnes accueillies, il a été fortement réévalué par rapport aux premières conventions tripartites.

Dans la première période, avant le PSGA de juin 2006, la médicalisation reposait sur une prise en compte forfaitaire de la charge en soins assise en particulier sur la taille de l'EHPAD et l'option tarifaire. La dotation soins en résultant, la DO.MINI.C (dotation minimale de convergence), était théoriquement plafonnée mais ce plafond n'a en pratique pas été respecté. Dans la deuxième période, la médicalisation repose sur une objectivation à la fois de la dépendance (via AGGIR) et des soins requis par les résidents (objectivés à travers un référentiel). La dotation soin qui en résulte, la tarification « au GMPS⁴³ », correspond théoriquement au produit d'une valeur de point nationale et du GMPS de l'établissement.

⁴¹ Grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) : outil permettant l'évaluation du degré de la perte d'autonomie.

⁴² Groupes iso ressources.

⁴³ GMPS : GIR moyen pondéré soins.

Sur le pilotage et l'évaluation

Dans ce domaine, l'attribution des crédits de médicalisation par la CNSA repose sur le système d'information SAISEHPAD et sur l'enquête tarifaire annuelle menée par la CNSA et les ARS. Le rôle de la CNSA consiste à :

- estimer le besoin de crédits de médicalisation pour atteindre le plafond GMPS, besoin qui sert de base aux discussions sur le montant à prévoir chaque année dans l'ONDAM ;
- répartir les crédits de médicalisation votés dans l'ONDAM entre régions en fonction du calcul du besoin de chaque région et de l'application des critères votés par le conseil ;
- analyser l'avancement du processus de médicalisation en exploitant les systèmes d'information existants.

Sur le bilan des crédits accordés

L'extension des nouvelles modalités tarifaires (modèle GMPS) à l'ensemble des places éligibles du plan solidarité grand âge et l'impact financier de la fin de la médicalisation initiale sur la période 2007-2012, ont conduit à programmer le coût de la médicalisation à hauteur de 1 650 M€, soit un « financement moyen annuel » de 275 M€. Le financement effectivement budgété entre 2007 et 2012 s'est établi à 1 514,2 M€ soit un financement moyen annuel de 218 M€. Il se décompose comme suit :

Tableau n° 19 : crédits de médicalisation

en M€	2007	2008	2009	2010	2011	2012	total
médicalisation	391	348	263	213	159	140	1 514
convergence ⁴⁴			- 25	- 13	- 13	- 13	- 64
Total	391	348	238	200	146	127	1 450

Source : CNSA

Le volume notifié est donc inférieur aux prévisions initiales du PSGA sur la période 2007-2012.

⁴⁴ Récupération de crédits auprès d'EHPAD « surdotés ».

La CNSA a procédé, pour la première fois fin 2011, à une enquête établissement par établissement (« enquête tarifaire ») qui a conduit à une réévaluation du besoin de financement afférent à l'achèvement du PSGA.

La détermination du coût du besoin de médicalisation restant à opérer est cependant toujours en cours d'expertise. En fonction des hypothèses retenues (d'achèvement ou non de la « pathossification » des EHPAD encore tarifés sous DOMINIC, d'augmentation des dotations et de l'acceptation ou non des demandes d'option du tarif global), ce coût peut être évalué à ce jour entre 155 et 840 M€.

Le système de financement de la partie soins des EHPAD fondé sur le GMPS pose certains problèmes (adaptation du logiciel Pathos, options tarifaires, besoins en personnel médical) mais apparaît à la plupart des acteurs du secteur médico-social comme un indéniable progrès.

Visant la convergence tarifaire, ce système donne des repères qui sont des leviers d'action pour les gestionnaires d'établissement et pour les tarificateurs.

Dans ce contexte marqué notamment par de fortes incertitudes juridiques et financières, la CNSA s'implique dans un rôle de régulateur aux marges de manœuvre très limitées.

III - L'analyse des coûts et des tarifs des ESMS

Une répartition équitable des moyens entre les établissements et services médico-sociaux passe par une bonne connaissance de leurs prestations, de leurs coûts et de leurs tarifs. Conformément à la loi du 24 décembre 2009, la COG 2012-2015 confie à la CNSA une mission d'analyse des coûts.

Dans ce cadre, la CNSA développe depuis 2012 l'analyse de la structuration des différents coûts de revient et des tarifs des établissements et services médico-sociaux relevant de sa compétence, sur la base des données que les ESMS lui transmettent. La COG prévoit que la CNSA s'appuie sur l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

A - Les études de coûts

La CNSA est très dépendante des moyens à la disposition de l'ATIH, avec laquelle elle passe chaque année une convention. La Cour a

déjà souligné que l'ATIH était un opérateur fragile exposé à un risque de dispersion de ses forces⁴⁵.

S'agissant des EHPAD, sans attendre la réalisation par l'ATIH d'une étude nationale de coûts qui demande un délai de trois à quatre ans, une enquête de coûts, lancée en juillet 2012 par le Comité de pilotage présidé par la DGCS, devrait produire ses premiers résultats au début de 2014. Ils viendront éclairer les décisions sur les évolutions de la tarification (par exemple, réouverture du tarif global) et pourraient avoir des conséquences sur l'équation tarifaire du GMPS.

En ce qui concerne les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), une réforme de leur tarification a été engagée en 2007, le système actuel n'étant pas considéré comme efficient. Pour autant, aucune enquête d'activité n'a eu de suites opérationnelles depuis le lancement de la réforme pour objectiver ce manque d'efficience. En fin d'année 2012, la DGCS a confié à la CNSA la mission d'exploiter des données recueillies auprès de SSIAD et de procéder à des simulations de dotations budgétaires en fonction de nouveaux modèles. La mise en œuvre de la réforme de la tarification des SSIAD est prévue au plus tôt pour 2014.

Dans le domaine des personnes handicapées, sans aide de l'administration centrale ni de la CNSA, des ARS s'organisent pour améliorer la qualité de la répartition des moyens. Certaines mettent en place des démarches construites à partir de groupes homogènes de structures (GHS) qui devraient permettre une connaissance plus fine de la formation des coûts dans les ESMS. Comme l'ont souligné l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales dans leur rapport d'octobre 2012 sur les établissements et services pour personnes handicapées, il serait inutile et contre-productif d'arrêter un nouveau modèle de tarification avant de disposer de prérequis techniques indispensables.

Pour autant, les initiatives prises par les ARS en ce domaine devraient être soutenues et encadrées.

Si la connaissance des coûts des ESMS du secteur des personnes âgées qui a tardé à faire l'objet des études nécessaires, devrait évoluer de façon significative dans les prochaines années, elle est actuellement très faible dans le secteur des personnes handicapées. Certes cette étude des

⁴⁵ Cour des comptes, *Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale* 2011, chapitre VII, « tarification à l'activité et convergence tarifaire », p 199-229. La Documentation française, septembre 2011, 579 p., disponible sur www.ccomptes.fr

coûts constitue un des volets de la réforme de la tarification des ESMS pour personnes handicapées et la feuille de route de cette réforme doit être validée au prochain comité interministériel de modernisation de l'action publique (CIMAP).

La CNSA considère par ailleurs que sa compétence sur les enquêtes de coûts prévue par la loi de financement de la sécurité sociale du 24 décembre 2009 est récente et que leur réalisation dépend d'opérateurs techniques dont les moyens n'ont pas à ce jour été dimensionnés pour mener de front les études de coût nécessaires sur les champs des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il est difficilement compréhensible cependant que, investie dès sa création, d'une mission de veille sur l'égalité de traitement des personnes âgées et handicapées tant à domicile qu'en établissement sur l'ensemble du territoire national et donc notamment d'une mission de régulation de l'offre provenant des ESMS, la CNSA n'ait pas entrepris plus tôt ces études de coût qui constituent un pré-requis pour le bon exercice de sa mission principale.

B - L'analyse des comptes administratifs

La CNSA exploite l'application REBECA, déployée en 2007 dans le cadre de la première COG afin de faire remonter les comptes administratifs des établissements relevant de son champ. Toutefois, cette application ne porte que sur le champ des personnes handicapées.

L'analyse conduite sur les comptes administratifs produit des données de coûts globaux. Au-delà des aspects budgétaires, les données physiques remontées permettent de produire des analyses plus qualitatives notamment sur les dépenses de personnel, peu traitées à ce jour.

Les analyses issues de ces données sont agrégées dans un rapport présenté chaque année au conseil de la CNSA. Le rapport portant sur les données 2009 a été présenté en octobre 2012. L'objectif est de réduire pour partie ce décalage, en produisant en novembre 2013, l'analyse portant sur les données 2010 et 2011, ce qui serait un progrès notable.

C - Le tableau de bord partagé des ESMS

L'expérimentation du « tableau de bord partagé (TBP) des ESMS » est déployée par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et copilotée par la CNSA, qui souhaite en assurer le développement et la pérennité.

L'objectif de ce projet est de proposer un outil de pilotage commun pour le secteur de l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Lancé en 2009, le projet s'appuie sur une démarche participative.

Une grille de données a été expérimentée en 2011 et 2012 auprès de 448 ESMS de toutes catégories. L'ANAP a procédé à un retour d'expérience au début de l'année 2012. Les appréciations des différentes parties prenantes sont positives même si des adaptations et des améliorations ont été demandées. Il a été décidé de poursuivre l'expérimentation et de l'étendre à 1 000 établissements.

Tous les acteurs rencontrés estiment que le TBP est un outil participatif intéressant qui permet des comparaisons et développe une culture de l'évaluation. Les ARS sont motivées par ce projet, en particulier celles des Pays de la Loire, de Rhône-Alpes et du Limousin.

Toutefois, l'ANAP qui a créé le TBP ne dispose pas des moyens de gérer les bases de données. Le TBP nécessite en effet l'entrée de 120 données par ESMS. L'ATIH serait chargée de le reprendre, mais son plan de charge, comme déjà souligné, est lourd.

Selon la DGCS, l'expérimentation du TBP des ESMS ne « tarde pas à s'étendre » comme l'estimait la Cour, mais a dû être prolongée d'une année pour permettre de fiabiliser davantage les indicateurs dont la robustesse n'était pas avérée, au travers notamment de l'élargissement de l'échantillon d'ESMS participants. Les données de ce deuxième volet expérimental restent à consolider par l'ATIH et doivent permettre de préparer, courant 2014, la généralisation de cet outil que pilotera la DGCS, en lien avec sa réflexion sur le renouvellement des indicateurs socio-médico-économiques.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans le soutien à la programmation médico-sociale, la CNSA a produit des documents méthodologiques qui ont facilité l'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie par les ARS. Toutefois, les documents approuvés s'étant avérés peu homogènes, il lui a été difficile, lors de leur consolidation, de dégager des approches territoriales comparatives pourtant indispensables.

Chargée de répartir d'importants moyens nouveaux de création de places dans le cadre de grands plans nationaux, la CNSA a utilisé des

critères certes robustes mais trop sommaires, car ne prenant pas suffisamment en compte les caractéristiques et les besoins des régions.

Compte tenu des moyens nouveaux apportés par ces grands plans nationaux, l'action de la CNSA en vue de la réduction des disparités entre les territoires a donné des résultats mitigés, voire décevants pour ce qui concerne le secteur des personnes âgées.

Les difficultés rencontrées dans la réduction des disparités ont été amplifiées par le jeu de la réserve nationale et le mécanisme du « serpent ».

S'agissant des plans d'aide à l'investissement (PAI), la baisse très sensible de leurs enveloppes depuis 2009 devrait laisser une part substantielle des besoins estimés en modernisation ou création d'ESMS non financée, ce qui devrait amener la CNSA et ses administrations de tutelle à anticiper des réponses adaptées.

Enfin, alors que la tarification des ESMS pose de sérieux problèmes mis en évidence depuis des années par de nombreux rapports, les éléments de connaissance des coûts et des tarifs de ces établissements et services sont à ce jour très limités. L'insuffisance des moyens que l'ATIH peut mobiliser à cette fin est d'autant plus pesante à cet égard que les études à réaliser ont pris beaucoup de retard. Malgré les besoins implicites d'enquêtes de coût contenus dans les missions confiées à la CNSA, lors de sa création, malgré la loi du 24 décembre 2009 et la dernière COG, qui lui confie explicitement la mission de réaliser des études de coûts, force est de constater que le lancement de ces études est à peine engagé, qu'il est dépendant de la disponibilité de moyens humains à l'ATIH et donc que la réalisation de progrès tangibles en la matière n'interviendra que dans plusieurs années.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

- 1. développer le rôle du conseil scientifique de la CNSA pour améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées ;*
- 2. définir avec les ARS une maquette homogène de schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) permettant leur synthèse et la réalisation de comparaisons territoriales ;*
- 3. préciser les critères de répartition des moyens nouveaux de création de places dans les territoires ;*
- 4. mettre fin à la pratique de la réserve nationale ;*
- 5. revoir le mécanisme de lissage des réductions des écarts interrégionaux appelé « serpent » ;*

6. *évaluer les besoins de modernisation des ESMS pour en anticiper le financement ;*
 7. *coordonner et valoriser les initiatives prises par les ARS pour progresser dans la connaissance des coûts des ESMS du secteur des personnes handicapées.*
-

Chapitre III

L'animation du réseau des MDPH

L'article L. 14-10-1 6° du code de l'action sociale et des familles dispose que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a pour mission « d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les MDPH, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation ». La mise en œuvre de cette mission par la CNSA souligne à nouveau l'écart entre son ambition de principe et la marge de manœuvre réelle de l'établissement public au regard de son positionnement institutionnel.

I - Les MDPH et la CNSA

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH), créée par la loi du 11 février 2005, est dans chaque département un lieu unique d'accueil, d'orientation et de reconnaissance des droits pour les personnes handicapées et leurs familles. Elle associe, sous la forme d'un groupement d'intérêt public local, les services du département, ceux de l'État, les organismes de protection sociale et les associations représentant les personnes handicapées.

Au sein de la MDPH, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a une compétence très étendue puisque l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles lui donne mission de « se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale ».

Structures encore relativement récentes, les MDPH ont dû faire face en tant que guichet unique à un nombre très élevé de demandes se traduisant par une tension sur les délais de traitement, comme l'illustrent les synthèses des rapports d'activité réalisées par la CNSA. Elles ont dû absorber de nombreuses réformes avec notamment la création de la prestation de compensation de handicap (PCH) enfant et la mise en place d'un droit d'option complexe pour les professionnels et les familles, la suppression de la condition d'inactivité, la réforme de l'allocation adulte handicapé (AAH) en 2010 et 2011. Les difficultés rencontrées par les MDPH sont très variables selon les départements, car leurs moyens ne sont pas calibrés en fonction des déterminants sociodémographiques qui influencent le volume des demandes.

Dans ce contexte, si l'action menée concrètement par la CNSA avant 2012 est difficile à identifier faute d'un cadrage par les tutelles, la COG 2012-2015 fixe pour objectif n° 5 à la CNSA de « concourir à l'harmonisation des pratiques des MDPH notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans personnalisés de compensation et améliorer la remontée d'information et de données ». Cet objectif se décline en trois axes :

- accompagner l'harmonisation des pratiques des MDPH sur l'ensemble du territoire ;
- développer des outils et des systèmes d'information performants permettant des processus de dématérialisation des échanges et des comptes rendus de l'activité des MDPH ;
- développer l'efficacité des MDPH.

Ces orientations font une interprétation limitée de la mission législative confiée à la CNSA de « veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ». Il est vrai que comme l'indique le directeur de la CNSA, « l'objectif à atteindre était reconnu comme ambitieux dès l'origine ».

Ne pouvant disposer à l'égard des collectivités décentralisées, que d'un seul pouvoir d'incitation du réseau des MDPH à harmoniser leurs pratiques, la CNSA ne peut mettre en œuvre sa mission ici également qu'à minima. Son rôle d'incitation et de mutualisation, s'exerce en s'appuyant notamment sur les « conventions d'appui à la qualité de service » conclues, comme indiqué précédemment, avec les départements.

II - Le soutien au fonctionnement, à l'animation et à l'harmonisation des pratiques

A - L'aide financière de la CNSA au fonctionnement des MDPH

En application de l'article L. 14-10-5 III b) du code de l'action sociale et des familles, la CNSA alloue aux départements, pour le fonctionnement des MDPH, une dotation financière dont le montant annuel global, fixé à 20 M€ en 2006, 50 M€ en 2007 et 45 M€ en 2008, atteint 60 M€ depuis 2009.

Cette enveloppe est répartie entre les départements, conformément à l'article R. 14-10-34 du code de l'action sociale et des familles, en pondérant un montant fixe, identique pour chaque département, par la population âgée de 20 à 59 ans (+ 20 %) et le potentiel fiscal (- 20 %). Les modalités du versement, sous forme d'acomptes avec régularisation au premier trimestre de l'exercice suivant, sont prévues par la convention conclue avec chaque département. Ce concours, qui n'est pas affecté à un emploi particulier et sur lequel la CNSA ne dispose donc d'aucun pouvoir de suivi, représente un apport significatif de ressources ; la convention départementale prévoit que les moyens alloués par le département (dotations financières ou valorisation des apports en nature) doivent être au moins égaux à ceux alloués par la CNSA. En pratique, la CNSA a ainsi contribué en 2011 aux recettes des MDPH à hauteur de 19 %, contre 41 % pour les conseils généraux et 35 % pour l'État⁴⁶.

B - L'animation du réseau

La CNSA organise des réunions biennuelles des directeurs de MDPH et des journées pour les référents insertion professionnelle, les coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires, les correspondants scolarisation. Ces réunions ont pour objectif les échanges de pratiques, la présentation par les administrations centrales des évolutions législatives et réglementaires en cours, et des travaux en ateliers avec des partenaires des différents réseaux externes.

À partir de 2013, la CNSA souhaite développer une offre de réunions interdépartementales des coordonnateurs, à leur demande, sous la forme de web conférences, mettre en place un club de codeurs des

⁴⁶ Source : synthèse des données financières des MDPH en 2011, CNSA, décembre 2012.

déficiences en MDPH pour harmoniser les pratiques et organiser des échanges sur la compensation technique, et entre présidents de CDAPH.

L'exercice de l'ensemble des missions des MDPH a nécessité, dès leur création, la définition et la formalisation de relations partenariales notamment dans le secteur de l'emploi et de la scolarité. Dans ce domaine, la CNSA a proposé aux MDPH des outils juridiques, notamment des modèles de convention, leur permettant d'organiser la coordination de leurs interventions avec celles des services publics concernés.

L'identification progressive de besoins en formation a abouti à la mise en place de formateurs relais afin d'assurer localement ou à une échelle interdépartementale des actions de formation des professionnels des MDPH, spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées. La CNSA assure une formation de formateurs au référencement de formations dédiées. Une convention avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) est en cours de signature pour une participation de la CNSA à la construction d'une offre de formation pour l'ensemble des MDPH.

Appelée « Info réseau MDPH », la lettre électronique bimensuelle adressée aux directeurs des MDPH et conseils généraux vise à apporter toutes les informations utiles et nécessaires au fonctionnement des MDPH.

La CNSA met à disposition des MDPH des informations via un extranet. Plus récemment, elle a développé une plate-forme de communication avec les MDPH appelée Passerelle, facilitant l'accès aux informations de l'extranet, offrant informations, base documentaire et un espace forum de discussion.

À partir de 2013, la CNSA souhaite développer l'utilisation du forum sur des thématiques de travail en lien avec la COG, promouvoir son utilisation par l'ensemble du réseau et multiplier l'offre de la Web conférence sur les formations et les réunions thématiques à distance notamment.

Enfin, la CNSA met à disposition des MDPH une expertise technique et juridique consultable par téléphone ou par voie électronique.

Ces actions d'animation du réseau sont bien perçues dans les MDPH où la CNSA jouit d'une réputation d'expertise, de sérieux et de réactivité. Cependant, il a pu être regretté que les questions techniques ou juridiques présentées lors des réunions ne reçoivent pas toujours directement de réponses concrètes, la CNSA n'étant pas chargée de l'élaboration des textes applicables.

C - L'harmonisation des pratiques

1 - La mise à disposition d'outils et la mutualisation des pratiques

La CNSA élabore et diffuse des documents d'appui aux pratiques sous forme de publications : dossiers techniques, guide, référentiels, outils et documents d'appui à la pratique des professionnels des MDPH. Ces documents sont très appréciés. Peuvent être cités de manière non exhaustive :

- des outils juridiques : guide pratique à destination des MDPH et base de données sur les prestations ;
- des outils en matière de PCH : guide d'aide à la décision pour l'attribution et le calcul de la PCH logement, guide pour l'éligibilité à la PCH, aide à l'élaboration du plan personnalisé de compensation pour les aides techniques, schéma du processus d'attribution et de détermination du tarif de la PCH ;
- des comptes rendus des journées thématiques, une « boîte à outils » d'appui aux pratiques des équipes pluridisciplinaires, une grille d'appui à la préparation d'un projet de maison de l'autonomie ;
- des outils d'évaluation des besoins de compensation.

La CNSA présente également les résultats d'expérimentations mises en place par les MDPH, comme la synthèse d'un dispositif de suivi formalisé des décisions d'orientation en ESMS et d'optimisation de la gestion des listes d'attente (expérimentation menée dans le département du Pas-de-Calais avec un financement CNSA).

2 - L'évaluation des besoins de compensation

Le premier outil a été le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA), prévu par l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles et défini par le décret et l'arrêté du 6 février 2008 à destination de l'équipe pluridisciplinaire.

Cet outil est présenté comme permettant la mise en place de l'égalité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire notamment par une définition des besoins selon une méthode commune et une « normalisation » de l'information recueillie. La CNSA a mis en ligne les textes officiels, la version maniable et graphique et un manuel d'utilisation téléchargeable sur son site Internet.

Un bilan sur son appropriation, établi en janvier 2010 conformément à la réglementation, met en évidence la nécessité de poursuivre et d'intensifier les actions en faveur de l'appropriation du GEVA. Un plan d'action a été établi pour 2010-2012, à cet effet.

La COG 2012-2015 préconise notamment l'amélioration de la qualité des outils d'évaluation dans une perspective de simplification, la poursuite du plan d'action pour l'appropriation du GEVA et son informatisation. En janvier 2013, le comité de suivi de la COG a noté la publication fin septembre 2012 d'un cahier pédagogique sur le GEVA diffusé aux MDPH. La cible à atteindre est la progression de l'harmonisation des pratiques d'évaluation, notamment par l'appropriation du GEVA.

À partir des données d'activité et de fonctionnement des MDPH remontées annuellement, la CNSA a pu établir qu'en 2011, la quasi-totalité des MDPH déclarent utiliser le GEVA, pour plus des trois quarts partiellement, et pour près d'une sur cinq, totalement. 11 % des MDPH l'utilisent pour toutes les situations, 40 % pour certaines prestations, 26 % uniquement pour l'évaluation des prestations de compensation et 6 % au cas par cas.

La CNSA a également réalisé avec la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) un guide d'évaluation et d'aide à la décision GEVA-Sco.

3 - La prescription par les équipes des MDPH des aides techniques ou d'aménagement de logement

Les préconisations d'aides techniques et/ou d'aménagement de logement dans le cadre des demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) justifient un accompagnement dédié, du fait de la diversité des dispositifs de compensation et de la multiplicité des financements.

La CNSA a donc engagé un travail de soutien aux équipes en matière de prescription, portant par exemple sur l'appui à l'identification et à la diffusion de bonnes pratiques d'acquisition d'une aide technique, ou l'organisation de temps d'échanges de pratiques avec les MDPH.

4 - La mise à disposition d'éléments comparatifs

La CNSA s'est engagée, dès la première version des conventions d'appui à la qualité de service que chaque président de conseil général signe avec le directeur de la CNSA, à restituer à chaque département les données d'activité et de fonctionnement de la MDPH mises en perspectives avec la synthèse nationale. En 2011, 96 départements ont

retourné leurs données à la CNSA. Pour la sixième année d'application, la CNSA ne dispose pas encore de l'exhaustivité des données départementales.

Les remontées d'information des MDPH permettent de constituer le bilan annuel des MDPH publié par la CNSA. Cette mise en perspective des données départementales est utile mais les comparaisons doivent être opérées avec prudence car certaines données remontent de façon hétérogène.

La synthèse des rapports d'activité des MDPH permet à ces dernières de se situer en termes d'activité (évolution des demandes adressées, modes d'évaluation, décisions prises, délais de traitement, recours), de budget (tableau consolidé des dépenses et recettes, analyse des coûts, effectifs) et de prestations (PCH), les présentations étant illustrées par des exemples. Ce document fait également le point sur l'état d'avancement du projet SipAPH.

La CNSA a indiqué que les études en cours, qu'elle a initiées, « devraient aboutir à la définition d'indicateurs de qualité et d'efficience qui pourraient prendre place dans les CPOM prévus par la loi Blanc⁴⁷ après accord des services de l'État membres du GIP MDPH ».

En définitive, en raison de son positionnement par rapport aux MDPH, la CNSA a une obligation de moyens et non de résultat pour permettre l'harmonisation des pratiques.

Il convient cependant de noter que la nouvelle génération des conventions d'appui à la qualité de service, approuvée en février 2012 par le conseil de la CNSA, autorise cette dernière à suspendre le versement de ses concours aux départements, en cas de non transmission du rapport annuel de la MDPH, de son compte administratif, des états récapitulatifs de dépenses des prestations APA et PCH ou des données relatives au SipAPH.

Si cette faculté n'a encore jamais été utilisée par la CNSA, elle illustre la possibilité, et même la nécessité d'utiliser la voie conventionnelle pour doter la CNSA de moyens d'actions plus contraignants, qui peuvent se révéler indispensables à l'exercice de ses missions, en cas de méconnaissance par les départements ou les MDPH de leurs obligations contractuelles.

⁴⁷ La loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap prévoit qu'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) soit conclue entre la MDPH et les différents membres du GIP.

III - La dématérialisation et les systèmes d'information

A - La dématérialisation

La mise en place d'un service de suivi en ligne des demandes des usagers dans les MDPH doit permettre d'améliorer le service rendu aux personnes handicapées, en répondant à un besoin exprimé par les usagers et en augmentant le nombre d'appels décrochés par la MDPH. La CNSA a participé à l'élaboration d'un guide d'aide à la mise en place d'un tel service, diffusé fin décembre 2012 aux directeurs de MDPH.

Élaboré avec le concours d'une dizaine de MDPH, la direction générale de la cohésion sociale et l'appui de la direction générale de la modernisation de l'État (DGME⁴⁸), ce guide présente les bonnes pratiques et des outils pour valider l'opportunité, concevoir et développer un service de suivi en ligne des demandes des usagers auprès des MDPH. Pour chacune de ces étapes, il propose un accompagnement méthodologique en décrivant les actions à réaliser, les documents à préparer, les facteurs clés de succès et les points d'attention éventuels.

La CNSA souhaite promouvoir avec la DGCS, l'utilisation d'outils de dématérialisation des échanges (dématérialisation du formulaire de demande et gestion électronique des documents) en vue d'améliorer la relation à l'utilisateur et d'augmenter l'efficacité des organisations. Ce projet s'articule autour de deux grands axes, la refonte du formulaire de demande afin de l'optimiser en vue des échanges dématérialisés et l'accompagnement des acteurs à la mise en œuvre de ces outils (guide) et la modélisation des processus internes intégrant ces nouveaux outils.

B - État d'avancement du SipaPH

Conformément à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la CNSA s'est vue confier la mise en œuvre d'un système d'information national alimenté par les données individuelles des MDPH. En raison du nombre d'acteurs concernés et de la complexité des données à recueillir, sa construction s'avère être un chantier de longue haleine. Après une phase de cadrage et de conception générale débutée en 2007, suivie d'une phase de conception fonctionnelle détaillée consistant à

⁴⁸ Devenue fin octobre 2012 la direction interministérielle pour la modernisation de l'action publique.

décliner les différentes règles, le chantier est entré fin 2008 dans des phases de conception technique, de développement et d'accompagnement des utilisateurs.

Au fur et à mesure des entretiens menés par la CNSA pour recueillir l'expression des besoins des partenaires (nationaux et départementaux), il est apparu nécessaire de construire un système permettant le pilotage des politiques du handicap. Avec le décret du 22 août 2008, ce système d'information national devient le « SipaPH », alimenté par toutes les sources nécessaires à l'analyse pour l'orientation des politiques du handicap : outre les données des MDPH, il contient des données relatives à la scolarisation des enfants handicapés, à l'emploi et l'insertion professionnelle, aux pensions d'invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, aux bénéficiaires de prestations, pour les plus importantes.

Le SipaPH est piloté et coordonné par la CNSA⁴⁹. Sa gouvernance est confiée à un comité stratégique présidé par le secrétaire général du comité interministériel du handicap (CIH).

La première étape, la mise en place opérationnelle des systèmes d'information des MDPH, a été franchie en 2010. L'arrêté ministériel d'octobre 2010 faisant obligation aux MDPH de transmettre des informations, a rendu possible la réalisation des extracteurs par les éditeurs de logiciels. Au total, trois éditeurs de logiciels (cinq avant opérations de fusion), avec lesquels la CNSA est en contact permanent, ont travaillé sur ces systèmes d'information.

L'ouverture du service était prévue pour début 2013 mais le projet connaît des retards importants : lors de l'enquête de la Cour, seules 22 MDPH avaient satisfait aux quatre phases préalables à l'alimentation du SipaPH (processus d'anonymisation, transcodification des nomenclatures, mise en place et déploiement des extracteurs, contrôle-suivi et intégration des fichiers MDPH) et se trouvaient en « production technique ».

La remontée d'information en provenance des MDPH pour alimenter le SipaPH nécessite plusieurs actions à réaliser par différents acteurs, les départements, les éditeurs de systèmes d'information, les MDPH et la CNSA.

Comme le souligne la CNSA, « ces différentes étapes du déploiement nécessitent une implication forte des MDPH et des directions informatiques des conseils généraux ; or, très souvent, les charges humaines et financières liées à ces projets ne sont pas suffisamment

⁴⁹ <http://www.sipaph.cnsa.fr/re>

intégrées ou priorisées par les départements. Dans le cadre juridique existant, la CNSA n'a que peu de marge de manœuvre pour faire monter le Sipaph dans l'ordre de priorité des systèmes d'information des conseils généraux. Le déploiement dépend en outre de l'intervention des éditeurs (pour la partie définition, installation et paramétrage des extracteurs). Or, la CNSA n'a aucun levier d'action vis-à-vis de ces acteurs dont les clients sont les MDPH et les conseils généraux ». Afin d'accélérer le déploiement du Sipaph, un accompagnement de terrain est offert aux MDPH dans trois départements pilotes. Il a pour objectif d'évaluer le couplage d'un pilotage national du projet à une assistance locale de proximité, afin d'éviter les MDPH dans les chantiers préalables à la remontée des flux de données et de les assister dans le déploiement de ces flux pour rendre possible le travail de recette statistique nécessaire.

Outre des évolutions techniques du logiciel intervenues en 2013, une étude est en cours de réalisation pour déterminer la faisabilité et les conditions permettant aux MDPH de s'interfacer avec le Système National de Gestion des Identifiants géré par la CNAVTS. Il rendrait possible l'identification des usagers des MDPH par leur numéro d'inscription au répertoire (NIR), évitant ainsi les doublons et garantissant un meilleur suivi.

Après avoir refusé l'élaboration d'un système d'information standard lors de la création des MDPH et revendiqué leur liberté d'administration, les présidents de conseil général perçoivent désormais tous les inconvénients de systèmes d'information indépendants : lourdeur et coût de la maintenance, insuffisance de « taille critique », difficultés de consolidation des données au plan national, manque de visibilité et de parangonnage sur les décisions prises, etc. Pour autant, le projet Sipaph peine à avancer au plan opérationnel.

La CNSA a donc décidé de lancer un audit du Sipaph et plus largement des systèmes d'information des MDPH, en y associant l'Assemblée des départements de France, afin de tenter de sortir de l'enlisement de ce projet de portée majeure. Les résultats de cet audit, notifié en juin 2013 sont attendus fin 2013.

Les tutelles de la CNSA soulignent la situation « très insatisfaisante », selon la direction générale de la cohésion sociale, et « inquiétante » selon la direction du budget du système Sipaph, même si la décision de la CNSA de lancer un audit complet de l'outil est approuvée par la DGCS comme devant permettre, sinon de tenir le calendrier de déploiement dessiné par la COG, au moins de revisiter un calendrier et une trajectoire crédible d'ici à fin 2013 et pour la fin de la COG.

CONCLUSION

Pour mettre en œuvre la mission que lui confie la loi de « concourir à l'harmonisation des pratiques » des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), la CNSA rencontre d'importantes limites du fait de l'autonomie, inhérente au choix d'une organisation décentralisée, dont dispose chaque MDPH. La CNSA exerce un rôle d'incitation, de diffusion, d'information et d'aide à une prise de décision harmonisée, mais reste tributaire des priorités de chaque conseil général et de chaque MDPH, comme l'illustrent tout particulièrement les difficultés de développement du système d'information SipAPH.

Les modalités d'organisation des MDPH et la nature de leurs relations avec les services des conseils généraux sont hétérogènes. Le degré de rapprochement des pratiques d'évaluation entre les équipes de la MDPH chargées des personnes handicapées et celles du conseil général chargées des personnes âgées sont variables, de même que la mise en œuvre d'expérimentations sur les maisons de l'autonomie, que l'ADF aurait aimé voir créées par voie législative, sous la forme d'un budget annexe du département. La CNSA n'a, naturellement, aucun pouvoir d'intervention sur ces modalités d'organisation.

Malgré ces limites, l'action de la CNSA rencontre une appréciation positive de la part des MDPH. Les échanges interdépartementaux étant très inégalement développés et les échanges interrégionaux pratiquement inexistant, l'action de la CNSA permet, en effet, un partage d'informations et d'expériences utile.

Si ces fonctions d'animation du réseau des MDPH sont de nature à favoriser l'harmonisation progressive des pratiques entre les MDPH, elles ne mettent pas réellement la CNSA en capacité de « veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation », comme le prévoit la loi. Cette responsabilité est pourtant cruciale, au regard à la fois de l'importance des ressources publiques correspondant aux prestations de compensation du handicap attribuées par les MDPH et des fortes et persistantes disparités territoriales du traitement des demandes de compensation. Mais cette mission nécessiterait, pour la CNSA, d'être dotée d'un véritable pouvoir de contrôle sur les modalités de traitement par les MDPH des demandes de compensation du handicap ce qui pourrait être considéré comme contraire à la logique décentralisatrice voulue par ailleurs par le législateur.

Toutefois, la possibilité, offerte à la CNSA par la dernière génération des conventions conclues avec chaque département, d'une sanction financière en cas de non-respect par ces derniers de leurs obligations à son égard, montre qu'il est possible a minima de concilier, par voie conventionnelle, l'autonomie des collectivités décentralisées

avec la nécessité pour la CNSA de disposer des informations nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

Chapitre IV

Les concours aux départements pour la compensation individuelle de la perte d'autonomie

Le programme de qualité et d'efficience des dispositifs gérés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) décrit l'originalité de la prise en charge de l'autonomie qui réside dans « l'alliance d'une gestion décentralisée par les collectivités territoriales avec un souci d'égalité de traitement sur l'ensemble des territoires ». La CNSA participe au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Elle est chargée en application de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) de la bonne allocation des concours aux départements et de contribuer à l'égalité de traitement des bénéficiaires sur le territoire.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

La prestation spécifique dépendance (PSD) créée en 1997 a été remplacée en 2002⁵⁰ par l'allocation personnalisée d'autonomie⁵¹ (APA), prestation universelle dont le champ est plus large en termes de degrés de perte d'autonomie éligibles à la prise en charge.

L'allocation, versée par les conseils généraux, bénéficie aux personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile et à celles demeurant en établissement. Elle est fondée sur le libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte.

Cette prestation permet de recourir à des aides humaines et techniques pour compenser les difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. En 2012, le montant des dépenses d'APA est de 5 368 M€ et le nombre de bénéficiaires est de 1,3 million de personnes.

La prestation de compensation du handicap (PCH)

La loi du 11 février 2005 a institué un droit à compensation des conséquences du handicap, principe qui s'est concrétisé notamment par la création de la prestation de compensation du handicap⁵² (PCH) en 2006, laquelle doit apporter une contribution essentielle à la réalisation du projet de vie de la personne handicapée.

La PCH vise à remplacer progressivement l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), qui avait été créée par la loi du 30 juin 1975. En 2012, le montant des dépenses de PCH est de 1 397 M€ pour 143 000 bénéficiaires.

⁵⁰ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées.

⁵¹ Article L. 231-1 et suivants du CASF.

⁵² Article L. 241-1 et suivants du CASF.

I - Les concours de la CNSA aux départements pour le cofinancement des prestations d'autonomie

A - Évolution de la dépense des départements et de la part cofinancée par la CNSA

1 - L'allocation personnalisées d'autonomie (APA)

Tableau n° 20 : évolution des dépenses d'APA
(2004-2012) en M€

APA EN M€	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dépense totale versée par les départements	3 591	3 930	4 244	4 555	4 855	5 029	5 183	5 263	5 368
Évolution n/n-1		9 %	8 %	7 %	7 %	4 %	3 %	2 %	2 %
Dont concours versés par la CNSA (hors régularisation sur l'année antérieure)	1 339	1 299	1 412	1 513	1 599	1 548	1 536	1 622	1 656
Évolution n/n-1		-3 %		7 %	6 %	-3 %	-1 %	6 %	2 %
Taux de couverture des dépenses par la CNSA	37,3 %	33,1 %	33,3 %	33,2 %	32,9 %	30,8 %	29,6 %	30,8 %	30,8 %

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA et DGCS

Le montant des dépenses d'APA a connu une progression rapide jusqu'en 2004, caractéristique d'une phase de montée en charge d'une prestation. De 2005 à 2009, la croissance a ralenti. Selon l'analyse du programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », elle demeure supérieure à celle de la population âgée de plus de 60 ans (tout comme à celle de la population âgée de plus de 75 ans). Cela semble indiquer que la montée en charge de l'APA a été de fait très progressive, notamment à domicile. Depuis 2009, l'infléchissement de la croissance du nombre de bénéficiaires de l'APA se confirme.

La CNSA contribue au financement de l'APA par le versement de concours aux départements. La loi⁵³ précise les règles de répartition des produits entre les sections du budget de la CNSA et définit les charges imputées à chacune d'entre elles. La section II du budget est essentiellement destinée au financement de l'APA. Elle est alimentée par 20 % de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), soit 477,8 M€ en 2012, par 95 % des ressources de la contribution sociale généralisée (CSG) attribuées à la CNSA (0,10 %) soit 1 130 M€ en 2012, par la contribution des régimes d'assurance vieillesse (68,7 M€ en 2012), par la régularisation de trop-versés sur l'APA et des produits financiers. Il s'agit d'une enveloppe fermée répartie intégralement entre les départements en fonction de différents critères.

Le taux de couverture des dépenses relatives à l'APA par la CNSA est resté relativement stable entre 2006 et 2008, proche d'un tiers. La diminution de ce ratio observée en 2009 et 2010 est liée à la baisse des ressources de la CNSA. En 2011 et 2012, la part de financement assurée par la CNSA est remontée à 30,8 %.

1. La prestation de compensation du handicap (PCH)

**Tableau n° 21 : évolution des dépenses de PCH (2006-2012)
en M€**

PCH EN M€	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dépense totale versée par les départements	79	277	569	843	1 078	1 241	1 397
Évolution n/n-1		251 %	105 %	48 %	28 %	15 %	12 %
Dont concours versés par la CNSA (hors régularisation de l'année antérieure)	523	530	551	510	502	528	545
Évolution n/n-1		1 %	4 %	- 7 %	- 2 %	5 %	4 %
Taux de couverture des dépenses par la CNSA	662 %	192 %	97 %	60 %	47 %	43 %	39 %

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA et DGCS

La PCH a connu une évolution dynamique du nombre de ses bénéficiaires, qui se poursuit. En décembre 2011, plus de 140 000

⁵³ Article L. 14-10-5 du CASF.

personnes bénéficient d'un accord pour la PCH en France et dans les DOM, soit une augmentation de 20 % des effectifs en un an selon les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

En 2006, première année de mise en œuvre de la PCH, le concours versé par la CNSA au titre de cette prestation a excédé de 444 M€ les dépenses relatives à la PCH. Cet excédent a été mis en réserve sur un compte spécial dans la comptabilité des départements, afin d'être affecté au financement des dépenses ultérieures de PCH desdits départements. Les mises en réserves des premières années ont eu un effet sur le taux de couverture des dépenses par la CNSA jusqu'en 2010 :

- jusqu'en 2009, les dépenses versées par les départements sont entièrement couvertes par les concours annuels de la CNSA et les excédents des premières années ;
- en 2010, en tenant compte de l'excédent encore disponible, le taux de couverture des dépenses de la CNSA est de 77 % alors que le taux annuel de couverture est de 47 %.

Comme pour l'APA, la loi précise les règles de répartition des produits et définit les charges imputées à la section III du budget dédiée à titre principal au financement de la PCH. De même, les concours représentent une enveloppe fermée qui est répartie intégralement entre les départements en fonction de différents critères. Les ressources affectées à cette section sont constituées de 26 % des ressources de CSA (621,2 M€ en 2012), de la régulation de trop-versés sur la PCH, des produits financiers et d'opérations diverses.

2. L'évolution de la situation des départements

Entre 2007 et 2012, la situation des départements s'est dégradée sous la double pression du dynamisme des dépenses sociales, en particulier en faveur de l'APA, et de la baisse de certaines ressources (droits de mutations).

Concernant l'APA, la charge nette des départements a été multipliée par 3,5 sur la période 2002-2011. Le financement de la CNSA a diminué pour devenir inférieur à un tiers de la dépense de 2008 à 2012, avec un taux de couverture le plus bas en 2010 (29,6 %), lié aux effets de la conjoncture économique sur les ressources de la CNSA.

Pour la PCH, le programme qualité et efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » précise qu'« entre 2007 et 2011, la PCH est montée en charge, les dépenses afférentes à cette prestation étant multipliées par 4,5 (de 277 M€ à 1 242 M€).

À la demande des départements, le Conseil d'État a renvoyé au Conseil constitutionnel une question prioritaire de constitutionnalité sur la conformité du financement de l'APA et de la PCH, invoquant le fait que l'insuffisante compensation par l'État dénaturerait le principe de libre administration des collectivités territoriales. Par décision du 30 juin 2011, le Conseil constitutionnel a déclaré les articles du code de l'action sociale et des familles contestés conformes à la Constitution. Les propositions de réforme ont été repoussées au débat sur la dépendance.

Le président de l'association des départements de France (ADF) estime dans sa réponse à la Cour que « la compensation par la CNSA de l'APA et de la PCH, d'année en année, baisse en pourcentage ». Il ajoute que « la majorité de la contribution de solidarité pour l'autonomie a été captée pour couvrir des dépenses de l'assurance maladie ».

La Cour a relevé⁵⁴ que « le décalage entre les recettes affectées et les charges croissantes supportées par les départements s'observe tout particulièrement s'agissant des trois allocations universelles à la personne que sont l'APA, le RMI/RSA⁵⁵ et la PCH ». Le groupe de travail État - départements installé par le Premier ministre fin janvier 2013, après plusieurs réunions de concertation, a publié un rapport d'étape où État et départements s'accordent sur le montant de l'écart entre les prestations délivrées au titre de l'APA, la PCH et du RSA et les compensations versées par l'État, comme sur le dynamisme de ces charges. Le groupe de travail a fait des propositions sur le financement des prestations individuelles de solidarité renvoyées à l'arbitrage du Premier ministre. Celui-ci a annoncé lors de la réunion du 16 juillet 2013 la mise en place d'un fonds de compensation de 830 M€ à compter de 2014, au bénéfice des départements, par transfert de frais de gestion de la taxe foncière sur les propriétés bâties. Le projet de loi de finances 2014 inclut cette mesure⁵⁶.

B - Des concours encadrés par des règles de péréquation financière

Les concours versés aux départements obéissent à des règles strictes de répartition définies par les articles L. 14-10-6, R. 14-10-38 et

⁵⁴ Voir sur ce point, Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I, volume 1. La situation et les perspectives financières des départements, p.65-116. La Documentation française, février 2013, 657 p., disponible [sur www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

⁵⁵ Revenu minimum d'insertion/revenu de solidarité active.

⁵⁶ Voir sur ce point, Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les finances publiques locales*. La Documentation française, octobre 2013, 475 p., disponible sur www.ccomptes.fr

suivants (APA) et L. 14-10-7, R. 14-10-32 (PCH) du code de l'action sociale et des familles.

Concernant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), le mécanisme de répartition du fonds entre les départements repose sur la prise en compte de quatre variables :

- le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, pour 50 % ;
 - la dépense constatée d'APA, pour 20 % ;
 - le potentiel fiscal, pour - 25 % ;
 - le nombre de foyers bénéficiaires du revenu de solidarité active (sous certaines conditions de ressources), pour 5 %.
- Coefficient total : 50 % rapporté à 100 %

Pour la prestation de compensation du handicap, la répartition repose également sur quatre critères :

- la population âgée de 20 à 59 ans, pour 60 % ;
 - le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de pensions d'invalidité, pour 30 % ;
 - le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), pour 30 % ;
 - et le potentiel fiscal qui intervient en négatif à hauteur de - 20 %.
- Coefficient total : 100 %

Un critère correctif intervient quand la part des dépenses (nette du concours) rapportée au potentiel fiscal est supérieure à 30 %.

Depuis le décret du 20 décembre 2012⁵⁷, le montant du concours ne peut être supérieur au montant de la dépense de prestation de compensation du département. En 2011, en France métropolitaine, seul le département de la Haute-Saône reçoit un concours encore légèrement supérieur à ses dépenses (taux de concours de 108 %).

Le programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » qui suit par l'indicateur n° 4-2 la part des dépenses d'APA et de PCH financée par la CNSA relève pour les deux prestations

⁵⁷ Décret n° 2012-1434 du 20 décembre 2012, relatif aux concours versés aux départements par la CNSA, pour le financement de l'APA, de la PCH, et des MDPH.

une forte hétérogénéité du taux de couverture globale de la dépense par le concours versé par la CNSA. Selon ce document, le potentiel fiscal ressort pour l'APA comme un indicateur particulièrement discriminant. Concernant la PCH, la répartition du nombre de bénéficiaires entre la PCH et l'ACTP constitue un des facteurs explicatifs des écarts de taux de couverture en département.⁵⁸

Les écarts de taux

APA : En 2011, 33 départements présentent un taux inférieur à la moyenne nationale (30,8 %), dont 11 ont un taux inférieur à 25 %. 6 départements présentent un taux supérieur à 40 %.

PCH : En 2011, 1 département et 2 collectivités d'Outre-Mer⁵⁹ affichent un taux de couverture supérieur à la totalité de leurs dépenses 58 affichent un taux de couverture supérieur à la moyenne, soit 43 %.

C - La procédure de répartition des concours

Chaque département reçoit, au cours de l'année, 90 % du concours total, en fonction de la prévision de recettes (notification initiale). La répartition est effectuée par acomptes mensuels en fonction de critères de l'année N-1 voire N-2. Le solde (10 %) est calculé à la clôture des comptes de la CNSA en N+1, lorsque les recettes réelles sont connues. Sa répartition entre les départements est réalisée grâce à la mise à jour de chacun des critères.

La CNSA ne rencontre pas de difficulté à réunir l'ensemble des données dont elle a besoin, dès lors que ces données sont disponibles auprès d'administrations centrales (potentiel fiscal, revenu moyen, bénéficiaires du RSA, etc.).

En revanche, les difficultés sont plus grandes lorsque les données doivent être fournies par les conseils généraux eux-mêmes. La date de retour des données nécessaires au calcul de répartition des concours pour le versement du solde a jusqu'à présent rarement été respectée par les départements. Fixée par décret au 15 février, la date est difficile à tenir pour les conseils généraux ; le délai peut être largement dépassé

⁵⁸ La DGCS précise que compte tenu de l'écart important entre le montant moyen des versements de la PCH et de l'ACTP (le montant moyen de la PCH est environ du double de celui de l'ACTP), la plupart des départements qui ont une montée en charge de la PCH plus lent et/ ou un faible taux de bascule de l'ACTP vers la PCH bénéficient d'un taux de couverture de leurs dépenses supérieur à la moyenne nationale.

⁵⁹ Haute-Saône, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

(septembre N+1) par certains départements, retardant ainsi le calcul de cette régularisation.

Il en découle alors des difficultés pour récupérer les trop-perçus auprès des départements quand le solde s'avère négatif car, dans quelques cas, les montants sont trop importants pour être repris sur les acomptes restant à verser au titre de l'exercice courant. La CNSA a dû, dans quelques cas rares, émettre des titres de recettes à l'encontre des départements concernés, qui sont parfois longs à recouvrer. Un nouveau décret relatif aux concours versés aux départements par la CNSA, pris en décembre 2012, lui permet de récupérer les trop-versés aux départements par déduction sur les acomptes versés au titre des années suivantes, sur deux années au lieu d'une.

Ce nouveau décret repousse également la date de remontée des informations du 15 février au 30 juin (avec possibilité de transmission de données corrigées jusqu'au 31 août). Ces données nécessitent par ailleurs souvent d'être revues et corrigées. Le décret prend en compte un délai de vérification par la CNSA et une date limite de transmission.

Dès lors que la répartition se fait sous enveloppe fermée, il faut attendre la réponse du dernier département pour pouvoir procéder à la répartition des concours financiers, ce qui est pénalisant pour l'ensemble des départements.

Le décret du 20 décembre 2012 prévoit les cas de retard :

- pour l'APA⁶⁰, à défaut de transmission dans les délais, la Caisse arrête le montant définitif en prenant en compte, pour le département concerné, les données figurant dans les derniers comptes de gestion disponibles ;
- pour la PCH⁶¹, à défaut de transmission dans les délais, la Caisse arrête le montant définitif en prenant en compte pour le département concerné, les dernières données communiquées par ce département.

Comme indiqué précédemment, la convention type relative aux relations entre la CNSA et les conseils généraux (2012-2015) prévoit dans son article 2.3 que la CNSA se réserve le droit de suspendre le versement de ses concours en cas de non transmission des états récapitulatifs d'APA et de PCH. À ce jour, cette disposition n'a pas été utilisée.

⁶⁰ Article R. 14-10-42 modifié.

⁶¹ Article R. 14-10-37 modifié.

D - Le contrôle et le suivi de la dépense

La CNSA effectue un contrôle de cohérence des données transmises par les départements, ce qui l'amène à poser des questions aux départements. Par ailleurs, à la suite des préconisations des rapports de l'IGAS sur l'APA, la CNSA demande aux départements de bien différencier, dans les états de la CNSA, la dépense légale de la dépense extralégale (prises en charge au-delà des montants autorisés). Ce rappel est notamment fait quand la CNSA adresse par lettre aux conseils généraux les montants des concours nationaux de l'année.

En 2006, les données transmises par deux départements d'Outre-Mer ont suscité des questions et la suspension du versement des concours à ces départements. La mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui a suivi a permis le versement des concours et a assorti son rapport d'une exigence d'amélioration et d'observations pour les départements.

En conséquence, la convention d'objectifs et de gestion (COG) a renforcé la mission de contrôle en précisant que la CNSA saisit l'État de toute interrogation persistante sur des dépenses constatées dans un département. Cette procédure n'a pas encore été mise en œuvre.

La CNSA est également chargée d'assurer un suivi régulier de la dépense à partir des données comptables des conseils généraux transmises mensuellement par la direction générale des finances publiques (DGFIP).

Selon la COG, la CNSA effectue :

- un suivi mensuel des dépenses des départements en matière d'APA, de PCH et d'ACTP ;
- un état annuel consolidé des dépenses des départements ;
- des tableaux de bord avec des indicateurs d'alerte intégrés.

Dans la pratique, il ne s'agit que d'un suivi comparatif de l'évolution des dépenses effectué à partir d'un tableau Excel. La CNSA précise que l'exploitation des données est complexe, car selon la période, certains départements présentent des balances mensuelles non encore définitives, ce qui rend difficile les comparaisons de données⁶². Selon la CNSA, un travail de fiabilisation des données pourrait être effectué avec la DGFIP.

⁶² Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les finances publiques locales*. La Documentation française, octobre 2013, 475 p., disponible sur www.ccomptes.fr
Voir les développements sur la qualité et la fiabilité de l'information financière locale.

Les départements reçoivent, à l'appui des notifications de la répartition des concours destinés au financement de l'APA et de la PCH, des données d'information analytique qui leur permettent de se situer par rapport à la moyenne et à d'autres départements.

II - Des disparités d'attribution des prestations aux causes multiples

Les prestations de compensation de la perte d'autonomie se caractérisent par la complexité des dispositifs et les nombreux déterminants susceptibles d'influer sur le niveau d'attribution de la dépense, qui apparaît inégal d'un département à l'autre.

A - Le constat

1 - L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Dépense totale, nombre de bénéficiaires et dépenses par bénéficiaire présentent des différences importantes.

Les disparités d'attribution de l'APA peuvent être mises en évidence en rapportant la dépense d'APA au nombre de personnes âgées de plus de 75 ans par département. En 2011, la dépense moyenne ainsi calculée est de 947 €. Par rapport à cette dépense moyenne par habitant, les écarts sont élevés entre la plus forte dépense qui est celle de la Corse du Sud (1 596 €, soit 1,7 fois à la dépense moyenne), et la plus faible qui est celle du département des Yvelines (602 €, soit 66 % de la dépense moyenne). Le montant de la dépense par habitant est 2,7 fois plus élevé en Corse du Sud que dans les Yvelines.

Les deux tableaux ci-dessous présentent les départements pour lesquels l'écart par rapport à la dépense moyenne est le plus important.

Tableau n° 22 : les dix départements dont la dépense d'APA par habitant de 75 ans et plus est la plus élevée

Départements	Population âgée de 75 ans et plus au 31/12/2011	Dépenses 2011 en €	Dépense unitaire moyenne en €
20a CORSE-DU-SUD	14 747	23 534 669	1 596
34 HÉRAULT	96 488	135 227 023	1 401
62 PAS-DE-CALAIS	117 243	158 785 871	1 354
20b HAUTE-CORSE	15 930	20 964 749	1 316
32 GERS	24 547	31 918 141	1 300
08 ARDENNES	24 793	31 938 855	1 288
65 HAUTES-PYRÉNÉES	28 596	35 992 891	1 259
23 CREUSE	18 893	23 593 823	1 249
12 AVEYRON	37 150	45 590 296	1 227
80 SOMME	47 988	57 645 952	1 201

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA

Tableau n° 23 : les dix départements dont la dépense d'APA par habitant de 75 ans et plus est la moins élevée (en France métropolitaine)

Départements	Population âgée de 75 ans et plus au 31/12/2011	Dépenses 2011 en €	Dépense unitaire moyenne en €
78 YVELINES	90 417	54 463 237	602
92 HAUTS-DE-SEINE	111 756	67 703 807	606
91 ESSONNE	73 546	46 258 281	629
77 SEINE-ET-MARNE	72 590	51 648 412	712
37 INDRE ET LOIRE	56 138	40 219 904	716
39 JURA	26 882	19 355 360	720
27 EURE	44 138	31 951 387	724
55 MEUSE	18 764	14 025 115	747
28 EURE-ET-LOIR	37 029	27 868 912	753
85 VENDÉE	63 303	47 662 790	753

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA

Le taux de bénéficiaires de l'APA, calculé en rapportant le nombre total de bénéficiaires par département à la population des personnes âgées de 75 ans et plus, présente également d'importantes disparités. En 2011, le taux le plus faible est celui des Yvelines (14 %), et le taux le plus élevé en France métropolitaine est celui de la Haute-Corse (33 %).

La dépense moyenne par bénéficiaire, soit 4 359 €, présente également des écarts importants entre départements. Le montant le plus faible est celui de la Haute-Loire (3 642 €), et le plus élevé celui du Morbihan (5 455 €).

Tableau n° 24 : les cinq départements dont la dépense d'APA par bénéficiaire est la moins élevée (en France métropolitaine)

Départements	Bénéficiaires APA d'un paiement au 31/12/ 2011	Dépenses 2011	Dépense moyenne par bénéficiaire
43 HAUTE-LOIRE	6 472	23 568 413	3 642
80 SOMME	15 587	57 645 952	3 698
85 VENDÉE	12 881	47 662 790	3 700
55 MEUSE	3 756	14 025 115	3 734
86 VIENNE	8 571	32 013 759	3 735

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA

Tableau n° 25 : les cinq départements dont la dépense d'APA par bénéficiaire est la plus élevée (en France métropolitaine)

Départements	Bénéficiaires APA d'un paiement au 31/12/ 2011	Dépenses 2011	Dépense moyenne par bénéficiaire
56 MORBIHAN	12 193	66 507 460	5 455
20a CORSE-DU-SUD	4 447	23 534 669	5 292
47 LOT-ET-GARONNE	8 041	40 396 919	5 024
19 CORRÈZE	7 220	36 195 823	5 013
50 MANCHE	9 886	48 348 781	4 891

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA

Selon le programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé au PLFSS pour 2014, le constat de la disparité et de la dispersion des aides peut s'expliquer par différents facteurs tels que « le niveau des ressources individuelles (...), l'hétérogénéité de l'état de santé par département, ou le plus ou moins grand isolement des personnes ». Cependant aucune étude ne permet actuellement d'avoir une explication objective des écarts à partir de ces facteurs.

2 - La prestation de compensation du handicap (PCH)

Les disparités d'attribution de la PCH sont mises en évidence en rapportant la dépense de PCH à la population de 20 à 59 ans par département. En 2011, la dépense moyenne ainsi calculée est de 36,38 €. Par rapport à cette dernière, les écarts sont très élevés entre la plus forte dépense qui est celle de la Haute-Corse (108,35 €, soit 3 fois supérieure à la dépense moyenne), et la plus faible qui est celle de la Haute-Saône (14,58 €, soit 40 % de la dépense moyenne). Le montant de la dépense par habitant est 7,4 fois plus élevé en Haute-Corse que dans la Haute-Saône. Les deux tableaux suivants présentent les départements pour lesquels l'écart par rapport à la dépense moyenne est le plus important.

Tableau n° 26 : les dix départements dont la dépense de PCH par habitant est la plus élevée (France métropolitaine)

Départements	Population de 20 à 59 ans au 31/12/2010	Dépenses PCH 2011 en €	Dépense unitaire moyenne en €
20b HAUTE-CORSE	87 838	9 517 125	108,35
11 AUDE	173 016	12 361 323	71,45
26 DRÔME	245 530	16 890 391	68,79
48 LOZÈRE	39 482	2 584 755	65,47
20a CORSE-DU-SUD	74 781	4 866 956	65,08
46 LOT	83 404	5 258 773	63,05
34 HÉRAULT	538 584	33 642 664	62,47
66 PYRÉNÉES-ORIENTALES	218 321	13 023 480	59,65
33 GIRONDE	777 058	45 261 867	58,25
65 HAUTES-PYRÉNÉES	113 508	6 220 913	54,81

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA

Tableau n° 27 : les dix départements dont la dépense de PCH par habitant est la moins élevée (France métropolitaine)

Départements	Population de 20 à 59 ans au 31/12/2010	Dépenses PCH 2011 en €	Dépense unitaire moyenne en €
70 HAUTE-SAÔNE	123 258	1 797 373	14,58
45 LOIRET	344 443	5 928 301	17,21
57 MOSELLE	576 413	11 727 178	20,35
28 EURE-ET-LOIR	223 119	4 744 532	21,26
62 PAS-DE-CALAIS	772 835	17 551 877	22,71
75 PARIS	1 346 930	30 763 498	22,84
88 VOSGES	195 637	4 476 878	22,88
08 ARDENNES	148 397	3 413 538	23,00
92 HAUTS-DE-SEINE	887 873	20 451 601	23,03
15 CANTAL	74 470	1 794 293	24,09

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA

Le taux de bénéficiaires (calculé en rapportant le nombre de bénéficiaires à la population de 20 à 59 ans), le plus faible est celui de Paris (0,25 %), et le taux le plus élevé est celui de l'Aude (0,96 %).

La dépense moyenne par bénéficiaire, soit 7 566 €, présente également des écarts importants entre départements. Le montant moyen par bénéficiaire le plus faible est celui de la Haute-Saône (4 449 €) et le montant le plus élevé celui de la Haute-Corse (19 952 €).

Tableau n° 28 : les cinq départements dont la dépense de PCH par bénéficiaire est la moins élevée (France métropolitaine)

Départements	Dépenses PCH 2011 en €	Bénéficiaires payés cumulés 2011	Dépense/bénéficiaire
70 HAUTE-SAÔNE	1 797 373	404	4 449
04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	1 999 669	444	4 504
23 CREUSE	2 312 774	513	4 508
44 LOIRE-ATLANTIQUE	21 382 468	4 712	4 538
90 TERRITOIRE DE BELFORT	2 076 456	454	4 574

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA

Tableau n° 29 : les cinq départements dont la dépense de PCH par bénéficiaire est la plus élevée (France métropolitaine)

Départements	Dépenses PCH 2011 en €	Bénéficiaires payés cumulés 2011	dépense/bénéficiaire
20b HAUTE-CORSE	9 517 125	477	19 952
34 HÉRAULT	33 642 664	2 478	13 577
72 SARTHE	11 034 689	989	11 157
65 HAUTES-PYRÉNÉES	6 220 913	577	10 781
06 ALPES-MARITIMES	25 660 063	2 415	10 625

Source : Cour des comptes d'après les données CNSA

La CNSA relève également d'importantes disparités dans le nombre de demandes par habitant. Le nombre de demandes de prestations de compensation adressées aux MDPH rapporté à la population s'échelonne en 2011 entre 348 (Paris) et 1 869 (Vendée) pour 100 000 habitants. L'écart augmente nettement par rapport à 2010 (entre 232 et 1 160 demandes). La CNSA précise cependant que cet écart important entre le minimum et le maximum doit être relativisé car une très large majorité des départements se situe entre 400 et 800 demandes pour 100 000 habitants (77 % des départements de l'échantillon).

S'agissant des écarts entre les taux d'accord en 2011, ils varient selon les départements entre 33 % (Seine-Maritime) et 84 % (Lot), soit un écart un peu plus faible qu'en 2010 (de 29 % à 85 %).

B - Les conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap : des dispositifs complexes

1 - L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Conditions d'attribution de l'APA

Conditions d'âge : avoir 60 ans.

Conditions de ressources : l'une des caractéristiques de l'APA est de ne pas exiger de condition de ressources. Aucune demande ne peut être écartée au motif que les ressources dépasseraient certains plafonds. L'allocation peut donc être attribuée à toute personne en perte d'autonomie, dès lors qu'elle répond aux conditions de base fixées par la loi.

Conditions liées à la perte d'autonomie : être dans les groupes iso-ressources (GIR⁶³) de 1 à 4. Alors que la prestation spécifique de dépendance (PSD) était uniquement réservée aux personnes présentant un fort degré de dépendance (GIR 1 à 3), l'APA s'adresse aussi aux personnes moyennement dépendantes (GIR 4).

Condition de résidence : résider en France

Les tarifs de l'APA : les tarifs et des barèmes nationaux sont uniformisés dans le but de garantir l'égalité et la transparence du dispositif vis-à-vis des usagers. Un tarif national fixe le montant maximum du plan d'aide à domicile en fonction du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire. Un barème national permet également de déterminer, en fonction des ressources de l'utilisateur, la participation restant à sa charge. C'est à l'utilisateur de choisir d'utiliser la totalité ou une partie seulement du « plan d'aide », ce dernier regroupant l'ensemble des aides et des services proposés. Le bénéficiaire acquittera alors une participation sur la partie du plan d'aide choisie.

⁶³ La grille nationale AGGIR (Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources) permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'APA. L'évaluation a lieu sur la base de plusieurs variables, qui servent à déterminer le niveau de dépendance de la personne. Ces niveaux sont répartis en 6 groupes, dits « iso-ressources » (GIR).

Sur un total de 1,2 million de personnes bénéficiaires de l'APA fin 2011, 721 000 (60 %) l'ont reçue à domicile et 478 000 en ont bénéficié en établissement. Depuis fin 2009, le taux de croissance annuel de l'APA à domicile est plus faible que celui de l'APA en établissement.

La proportion des bénéficiaires du GIR4 (dépendance modérée) atteint 44 % fin 2011, celle des GIR1 baisse à 9 %. Les bénéficiaires de l'APA à domicile relèvent pour 58 % d'entre eux de la catégorie du GIR4.

La demande d'APA à domicile est instruite par les services du conseil général sur la base d'une évaluation assurée par les équipes médico-sociales du département. À la suite de cette évaluation, un plan d'aide est élaboré pour répondre aux besoins de la personne âgée. Il est ensuite valorisé selon le niveau de dépendance de la personne et de ses ressources. Le président du conseil général prend la décision d'attribution. La mise en œuvre de cette prestation se fait en associant tous les partenaires concernés sous la responsabilité du président du conseil général. Ce partenariat s'illustre par la création d'une commission composée notamment de représentants du département et des organismes de sécurité sociale, afin d'éclairer les décisions du président du conseil général. Par ailleurs, afin de garantir l'effectivité des droits des usagers, la procédure administrative d'instruction et la liquidation de la prestation sont précisément définies. Le montant moyen du plan d'aide à domicile est de 489 € par mois.

En établissement, l'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance. L'allocation mensuelle versée au titre de l'APA correspond à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR du bénéficiaire (après évaluation de son degré de perte d'autonomie) et la participation laissée à sa charge. L'évaluation du degré de perte d'autonomie des résidents et leur classement dans le GIR correspondant sont effectués sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement ou, à défaut d'un médecin conventionné (et non par l'équipe médico-sociale du conseil général).

2 - La prestation de compensation du handicap (PCH)

La complexité du dispositif d'attribution de la PCH, réponse individualisée à la perte d'autonomie, résulte d'une part de la diversité du champ du handicap et de la réglementation applicable mais également des différents dispositifs mobilisables au service du plan de compensation.

Conditions d'attribution de la PCH

Condition d'âge : la limite d'âge pour la solliciter est de 60 ans (cf. *infra* pour en bénéficier au-delà de 60 ans).

Condition de ressources : la prestation est accordée sans condition de ressources. Le taux de prestation peut varier « selon les ressources du bénéficiaire ». Toutefois les revenus d'activité professionnelle de l'intéressé et de son conjoint sont exclus des ressources retenues.

Conditions liées à la perte d'autonomie : la PCH ne dépend pas du taux d'incapacité. Elle est due aux personnes qui présentent une difficulté absolue pour une activité ou une difficulté grave pour deux activités, pendant une durée d'au moins un an. Les activités concernées sont définies dans un référentiel et portent sur la mobilité, l'entretien personnel, la communication et les relations avec autrui.

Condition de résidence: résider en France

Interactions avec les autres aides :

- la PCH se substitue à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ; cependant les bénéficiaires de l'ACTP bénéficient d'un droit d'option et peuvent demander à conserver le bénéfice de l'allocation compensatrice ;

- les personnes dont le handicap répondait avant l'âge de 60 ans aux critères d'attribution de la PCH peuvent la solliciter jusqu'à 75 ans, les bénéficiaires de la PCH peuvent continuer à la percevoir au-delà de 75 ans ;

- en avril 2008, la PCH a été étendue aux enfants handicapés. Les parents d'enfants handicapés qui remplissent les conditions pour bénéficier du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) peuvent opter pour la PCH. Il y a une possibilité de cumul.

La PCH peut couvrir des charges de nature différente : sauf exception, ce n'est pas un forfait mais une prestation en nature affectée à la couverture des besoins identifiés dans le plan d'aide. Le montant global de la prestation ne fait pas l'objet d'un plafond. Cette prestation comporte cinq volets d'aide (humaines, techniques, liées au logement et au véhicule, spécifiques, animalières) dont la combinaison est adaptée aux besoins de chaque personne. En 2011, la répartition par éléments de PCH est la suivante : aides humaines : 37,4 %, aides techniques : 21 %, aménagement du logement et du véhicule : 36,9 %, charges spécifiques et exceptionnelles : 4,8 %. Les aides animalières sont marginales.

Selon la DREES, les bénéficiaires de la PCH ont 43 ans en moyenne et sont majoritairement inactifs. Le recours à la PCH correspond à des besoins de compensation relativement lourds. La part de la prestation de compensation dans le total des demandes déposées auprès

des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) se stabilise à hauteur de 6,8 %. Les demandes de PCH enfant continuent à progresser mais à un rythme plus faible, elles représentent en 2007 11,7 % des demandes de PCH.

L'instruction de la demande comporte une évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée qui doit donner lieu à établissement d'un plan personnalisé de compensation, réalisé par une équipe pluridisciplinaire au sein des MDPH.

L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. La commission départementale des droits à l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est l'instance décisionnaire de la MDPH.

La commission départementale des droits à l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Elle est composée de représentants du département, des services de l'État, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, de représentants des personnes handicapées et de leur famille désignés par les associations représentatives et d'un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Des représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou services siègent en commission avec voix consultative.

La CDAPH se réunit régulièrement et prend, sur la base des souhaits exprimés par la personne dans son projet de vie, de l'évaluation des besoins de compensation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, et des préconisations proposées dans le plan personnalisé de compensation, les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne. Les décisions sont motivées.

Source : PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA »

La décision d'attribution de PCH prise par la CDAPH est transmise au président du conseil général qui a la charge d'en assurer le versement.

C - Les divers déterminants des niveaux d'attribution des prestations

À la complexité du processus d'attribution des aides, s'ajoutent de nombreux déterminants identifiés par la CNSA qui peuvent entraîner des disparités d'attribution et dont le rôle reste à objectiver par une série d'études auxquelles la CNSA va contribuer.

1 - L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'assemblée des départements de France (ADF) a sollicité la CNSA afin de mieux appréhender les disparités d'attribution de l'APA. En amont de cette étude, une recherche documentaire a été conduite en octobre 2012 afin de consolider l'état de la connaissance sur l'APA. Le cahier des clauses techniques particulières (CCTP) de l'étude sur les conditions d'attribution de l'APA et de la PCH, reprend à partir de ce premier travail une série de constats qui éclairent les disparités de recours et d'attribution de l'APA.

Extrait du CCTP de l'étude sur les conditions d'attribution de l'APA et de la PCH : éléments concernant l'APA

- La méconnaissance du dispositif peut expliquer en partie le non recours à la prestation par des personnes (les bénéficiaires de l'enquête reconnaissent avoir connu fortuitement le dispositif APA). Le non recours peut aussi s'expliquer par une offre locale non adaptée aux attentes de la personne ;

- la politique des départements varie selon les conseils généraux allant d'un dispositif d'incitation (guichets de proximité, mairie, actions de communications) à une politique « dissuasive » (guichets téléphoniques, ticket modérateur élevé pour une faible dépendance) ;

- les différentes étapes du processus d'instruction ne sont pas toujours strictement étanches et les métiers mobilisés peuvent varier d'un département à l'autre. Selon les départements, l'instruction administrative est plus ou moins exigeante (exemple : définition variable de ce qu'est un dossier complet) ;

- la composition des équipes médico-sociales d'évaluation, le positionnement des professionnels, la place du médecin de ville, les outils et modalités d'évaluation et la manière d'élaborer les plans d'aide (sur dossier, à domicile, par entretien téléphonique) varient d'un département à l'autre ;

- les marges de manœuvre de la commission de proposition placée auprès du président du conseil général sont quasiment nulles et l'existence même de la commission n'est pas toujours effective. La consultation de la commission génère des délais et sa composition est mal adaptée à l'analyse de cas individuels ;

- comme pour la commission, les marges de manœuvre du président du conseil général dans sa prérogative décisionnelle sont quasiment nulles ;

- des personnes sont admises à l'APA alors qu'elles relèvent du GIR 5 et 6 (paradoxalement il a été remarqué au début du processus que des personnes estimées GIR5 et 6 étaient éconduites de la procédure avant même toute évaluation) et des incohérences entre le plan d'aide et la décision notifiée sont relevées. La durée d'attribution n'est pas toujours modulée selon les besoins, ne tenant pas compte ainsi d'un besoin temporaire ou évolutif.

2 - La prestation de compensation du handicap (PCH)

Un travail de réflexion, mené par la CNSA avec une quinzaine de MDPH afin de modéliser les critères d'analyse des conditions d'attribution de la PCH, a servi à alimenter le cahier des charges de l'étude sur les conditions d'attribution commune avec l'APA qui devait être réalisée pour fin 2013.

Selon ce travail, plusieurs déterminants potentiels de la demande et du niveau d'attribution des prestations peuvent éclairer les disparités départementales. Certains peuvent venir des caractéristiques des bénéficiaires potentiels, d'autres des pratiques des MDPH.

a) La pression sur la demande

La pression sur la demande peut être déterminée par des critères socio-économiques, des inégalités sociales, des inégalités de santé, l'offre territoriale, l'accueil et l'accompagnement de la demande avec l'aide à la constitution du dossier :

- la proportion de personnes handicapées dans la population du département peut avoir un impact sur la demande. La CNSA ne dispose toutefois pas de données de population stables, aucune étude n'ayant été menée à ce jour sur les liens entre demandes adressées aux MDPH et données de santé publique (nombre de personnes en affection de longue durée (ALD), impact des maladies chroniques - transition épidémiologique notamment) ;

- l'impact du contexte socio-économique peut expliquer les difficultés d'accès aux prestations ou, à l'inverse, des sollicitations inappropriées d'une prestation inadaptée à la situation de la personne dans un contexte économique difficile (recherche d'une nouvelle ressource financière) ;

- la différence de montée en charge du dispositif dans le temps : retard ou « avance » par rapport à d'autres départements sont également à prendre en compte. Certains départements ont pu subir une pression forte dès les premières années, la demande s'infléchissant ensuite. À l'inverse,

d'autres départements ont vu les demandes augmenter « à retardement ». Le taux de bénéficiaires d'un des départements visités, plus faible que la moyenne nationale apparaît en contradiction avec la surreprésentation du handicap mentionnée dans le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Il peut cependant s'expliquer par un taux de bascule de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) vers la PCH, plus faible que dans les autres départements ;

- les différentes modalités d'accueil et d'accompagnement à l'élaboration de la demande de compensation et au remplissage du dossier peuvent également avoir un impact sur la demande. En effet, l'aide à l'élaboration du dossier permet que les demandes de prestations formulées par l'utilisateur dans son dossier soient plus cohérentes avec sa situation, réduisant ainsi les demandes inappropriées et donc mécaniquement le taux de pression et augmentant le taux d'accord. Cette façon différente d'organiser l'accueil du public a pu être constatée entre deux MDPH visitées, l'une organisant l'accueil physique des personnes pour les aider à remplir leur dossier et une autre enregistrant en grande majorité les demandes par téléphone ou par internet ;

- l'offre territoriale a également un impact sur le niveau d'attribution de la prestation : existence de structures d'accueil plus ou moins nombreuses ou encore s'agissant de l'aide humaine, des différences importantes peuvent être constatées selon qu'il s'agit d'heures de prestataires ou d'heures effectuées par un aidant familial (coût moins élevé).

b) Les écarts entre les taux d'accord

Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être avancés.

Il peut s'agir de différences dans les modalités d'instruction de la demande (accueil physique, téléphonique ou dépôt du dossier par Internet, traitement administratif, conditions administratives de l'accès au droit, dont notamment les pièces exigées, ou les disparités de respect de la réglementation).

Il peut être question aussi de différences dans le processus d'évaluation, liées à son organisation (certains départements ont fait le choix, lors de la création des MDPH, de confier l'évaluation de la PCH aux équipes médico-sociales des départements en charge de l'APA), ou à la composition de l'équipe pluridisciplinaire et aux outils et référentiels utilisés pour évaluer la personne.

Il peut s'agir enfin de différences dans le processus de décision (organisation de la CDAPH, jurisprudence et référentiels locaux, positionnement du conseil général).

III - Les actions de la CNSA pour contribuer à l'égalité et à la qualité de traitement

Pour remplir cette mission, la CNSA dispose de deux moyens d'action : la péréquation financière et l'accompagnement territorial des équipes chargées de l'attribution des prestations.

A - Les propositions d'évolution des critères de répartition

Comme déjà mentionné, les critères appliqués pour répartir les concours entre les départements aboutissent à une répartition hétérogène des fonds. Ainsi, la péréquation financière est apparue comme devant être renforcée. La CNSA a donc tenté de faire évoluer les critères de péréquation appliqués aux concours au titre de l'APA. Après différentes simulations et des discussions assez âpres, le conseil du 29 juin 2010 a adopté une proposition de modification.

La nouvelle pondération proposée était inspirée par les critiques de l'Assemblée des départements de France (ADF) portant sur le critère des dépenses du RSA, qui n'était pas selon elle en rapport avec les besoins des personnes âgées, et sa proposition d'inverser les pondérations entre la population de plus de 75 ans et les dépenses d'APA. Comme le précise la CNSA dans les documents préparatoires au Conseil, les simulations à partir des propositions de l'ADF conduisaient à des concours négatifs pour Paris et les Hauts-de-Seine.

La pondération des critères de péréquation proposée par le Conseil de la CNSA, suite aux travaux menés avec la direction générale des collectivités locales et l'ADF, était la suivante :

- nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, 40 % ;
- dépense d'allocation personnalisée d'autonomie, 60 % ;
- potentiel fiscal, - 30 % ;
- nombre de bénéficiaires de l'allocation du revenu minimum d'insertion, 0 %.

La CNSA précise que cette modification de la pondération des critères n'aurait déplacé que 100 M€ sur 1 600 M€ et qu'une majorité de départements y aurait gagné.

Le concours de la CNSA aurait augmenté de plus de 3 points dans dix départements, et de 1 à 3 points dans 28 départements (surtout ruraux), il aurait été stable dans 28 départements et aurait diminué de 1 à 3 points dans 23 départements et de plus de 3 points dans 11 départements.

Les représentants des départements qui siègent au conseil de la CNSA ont approuvé cette modification, qui se rapprochait de celle proposée par l'ADF.

Ce projet n'a toutefois pas abouti, le Gouvernement ayant suivi la demande de l'ADF qui souhaitait mener cette réforme dans le cadre plus large de la revendication d'une forte augmentation des concours financiers aux départements. Il est regrettable qu'une proposition de réforme approuvée par le conseil de la CNSA, qui avait pleinement joué son rôle, ait été ajournée à la suite d'une discussion bilatérale avec l'État.

En 2011, dans le cadre des travaux préparant une réforme de la dépendance, la CNSA a rappelé la nécessité de prévoir la mise en œuvre de la révision de critères de péréquation de l'APA. En 2013, les travaux du groupe de travail État-départements sur le financement des allocations individuelles ont également conduit au constat partagé que les critères de répartition du concours APA pourraient être révisés.

Pour autant, l'Association des départements de France ne se déclare favorable à une réforme du mode de répartition des concours de la CNSA que si elle s'accompagne d'une amélioration de la compensation des dépenses.

Comme le présente la Cour dans son rapport sur les finances publiques locales⁶⁴, la réforme de la fiscalité locale a rendu nécessaire la refonte du potentiel fiscal et du potentiel financier qui ont été adaptés pour rendre compte des nouvelles ressources fiscales. Cette refonte a un impact sur le calcul des concours APA et PCH. Ce n'est qu'à partir de la refonte du critère du potentiel fiscal que la CNSA pourra à nouveau bâtir des hypothèses et effectuer des simulations pour la révision des critères de répartition de l'APA.

⁶⁴ Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les finances publiques locales*, Chapitre IV. Les premiers effets de la réforme de la fiscalité locale sur les finances des collectivités locales, p. 151-195. La Documentation française, octobre 2013, 475 p., disponible sur www.ccomptes.fr

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2011 sur la prestation de compensation du handicap (PCH) recommande également de revoir les critères de péréquation, notamment pour tenir compte de la PCH enfant, le critère de population étant centré sur les personnes de 20 à 59 ans. La direction générale de la cohésion sociale estime que le sujet est complexe compte tenu de la montée en charge du dispositif, récente et hétérogène selon les départements, au regard notamment de la bascule en cours des personnes handicapées de l'allocation compensatrice pour tierce personnes (ACTP) vers la PCH.

Les départements interrogés par la Cour dans le cadre de la présente enquête jugent tous nécessaire de revoir les critères de péréquation des prestations.

B - Accompagner les équipes territoriales dans l'attribution des prestations et renforcer la connaissance des prestations

La convention d'objectifs et de gestion (COG) prévoit d'une part (point 2.1) que la CNSA doit renforcer la connaissance sur les facteurs d'évolution des dépenses d'APA et de PCH pour identifier les disparités locales et garantir l'équité dans la répartition des financements et d'autre part (point 2.2) que la CNSA doit accompagner la structuration d'un réseau territorial de qualité à destination des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie pour favoriser l'égalité de traitement et la qualité de service.

Si la CNSA est chargée, pour les deux prestations, de leur financement, de la répartition équitable des concours, et d'une mission d'expertise et de constitution de référentiels et d'outils, le texte ne prévoit un rôle d'animation de réseau que pour les MDPH chargées d'attribuer la PCH. L'animation des équipes médico-sociales des départements chargées de l'attribution de l'APA n'est pas inscrite dans les missions de la CNSA. Comme le précise la COG, dans l'attente d'une évolution législative des missions de la CNSA, celle-ci pourra s'engager dans cette démarche en partenariat avec l'ADF et les conseils généraux volontaires.

1 - L'offre de service pour l'harmonisation des pratiques d'attribution

Pour la PCH, la mission d'animation du réseau des MDPH est prévue par l'article L. 14.10.1 du code de l'action sociale et des familles, qui précise que la CNSA est chargée d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les MDPH, de diffuser les bonnes pratiques

d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation. Pour l'APA, les textes ne donnent pas de mission équivalente à la CNSA.

a) L'offre de service de la CNSA en matière de PCH

Face à la complexité de l'instruction de la demande de PCH, la CNSA a mis en œuvre une offre de service (production de guides et appui au réseau des MDPH) visant à permettre d'harmoniser les pratiques d'attribution de cette prestation en effectuant un travail sur la compréhension des textes réglementaires.

Dans les nombreuses productions de guides de la CNSA à destination des MDPH, des guides spécifiques à la PCH, déclinés notamment pour les volets les plus importants de cette prestation peuvent être listés :

- le guide pour l'éligibilité à la PCH – appui à la cotation des capacités fonctionnelles

Il donne des indications visant l'harmonisation des cotations entre les équipes pluridisciplinaires des MDPH. Il comporte des définitions détaillant les éléments réglementaires permettant de qualifier de manière fine chacune des caractéristiques de réalisation des activités. Ce guide a fait l'objet d'une validation scientifique grâce à une étude de terrain conduite dans 11 MDPH. Il a été diffusé à l'ensemble des MDPH en juin 2011, accompagné d'un diaporama pour faciliter la formation des équipes pluridisciplinaire, et leurs partenaires, à son utilisation ;

- les outils concernant le volet des aides techniques de la PCH

Ils se composent d'une aide à l'élaboration du plan personnalisé de compensation pour les aides techniques (élément 2) de la PCH, et d'un schéma du processus d'attribution et de détermination du tarif du volet aide technique de la PCH. Le schéma est la traduction des décrets et du référentiel pour l'accès à la PCH décrivant le type de produits qui peuvent être pris en charge ou non par la PCH, ainsi que les tarifs qui leur sont liés. La CNSA souligne la complexité de la réglementation applicable aux aides techniques qui rend son application très difficile et crée en elle-même des risques d'hétérogénéité d'application ;

- le guide concernant le volet aide humaine de la PCH

Il constitue une synthèse des outils développés en interne par les MDPH et de leurs interrogations à ce sujet. Il aborde successivement les conditions d'accès spécifiques, l'évaluation des besoins et l'attribution des temps d'aide humaine, les spécificités de l'accès des enfants au volet

aide humaine de la PCH, l'articulation avec les autres prestations, les établissements et les services médico-sociaux et quelques questions importantes sur le statut des aidants ;

- le guide d'aide à la décision- attribution et calcul du volet logement de la PCH

Il vise à faciliter le traitement des demandes de PCH logement en regroupant l'ensemble de la réglementation, en définissant les termes employés pour limiter les interprétations individuelles et à imaginer et expliciter les textes par des exemples concrets.

En plus de ces guides, les MDPH trouvent également des informations liées à la PCH à partir de la base de données questions/réponses d'ordre juridique, des fiches de procédure applicables et des arbres de décision pour chaque élément de la prestation.

La CNSA a également relayé en décembre 2012, dans la double page à laquelle elle contribue dans le Journal de l'action sociale et du développement social, le travail mené par la MDPH de Meurthe-et-Moselle et celle de la Meuse qui ont choisi de comparer leurs pratiques d'attribution de PCH.

Les MDPH rencontrées ont souligné le rôle majeur de la CNSA dans la diffusion d'outils et dans l'animation du réseau.

La mesure de l'impact des outils et bonnes pratiques mis au point par la CNSA sur l'harmonisation des pratiques des MDPH pour contribuer à l'égalité de traitement n'a pas été jusqu'à présent réalisée. La CNSA précise cependant que les échanges réguliers avec les MDPH ont permis d'améliorer les outils élaborés. L'étude lancée en juillet 2013 sur la PCH permettra, selon la CNSA, de faire cette mesure.

b) L'asymétrie des missions de la CNSA en matière d'APA

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2009 relatif à l'APA recommandait une évolution législative des missions de la CNSA pour que lui soit attribuée une mission d'appui méthodologique aux départements dans l'élaboration de schémas relatifs aux personnes en perte d'autonomie. En l'absence de cette évolution législative, la Cour fait le constat, partagé par la CNSA et l'Assemblée des départements de France, d'une absence regrettable de leviers d'action réels de la CNSA dans le champ de l'APA.

Certains départements ont fait le choix de créer des maisons de l'autonomie avec pour objectif d'organiser et de piloter à l'échelle territoriale des fonctions éclatées ou insuffisamment développées. Elles

doivent permettre d'améliorer tant l'accueil et l'orientation des personnes en perte d'autonomie ou de leur entourage, que l'évaluation des besoins des personnes et l'élaboration d'un plan d'aide ou de compensation, ainsi que le suivi individualisé des cas considérés comme complexes. Le développement des maisons de l'autonomie doit se faire en cohérence avec la généralisation progressive des maisons pour l'autonomie et l'intégration des maladies d'Alzheimer (MAIA).

Dépourvue d'un rôle d'animation du réseau et ne disposant pas de moyens d'action adéquats, la CNSA n'est pas en mesure de proposer une offre de services et d'outils de nature à enrayer les disparités d'attributions constatées en matière d'APA.

2 - La connaissance statistique des prestations

La convention d'objectifs et de gestion mentionne la nécessité d'un rapprochement entre la CNSA et la DREES afin d'échanger et de mieux articuler les données produites relatives aux dépenses ainsi qu'au nombre de leurs bénéficiaires.

a) La consolidation d'informations au niveau national

En ce qui concerne la prestation de compensation du handicap (PCH), la connaissance statistique est tout d'abord limitée par l'impossibilité de recouper les données individuelles concernant la décision et celles relatives aux paiements.

Les données individuelles disponibles dans les MDPH sont identifiées par le NIR⁶⁵ des individus mais cet identifiant n'est pas autorisé par la CNIL⁶⁶ dans les fichiers des conseils généraux, ce qui limite la possibilité de rapprochements statistiques entre le bénéficiaire de la décision d'attribution de la prestation et le paiement.

Elle est ensuite caractérisée par la difficulté de recouper les différentes remontées d'informations. La CNSA précise qu'actuellement, les rôles « statistiques » sont répartis par interlocuteurs :

- les données PCH en amont de la décision CDAPH et jusqu'à la décision, sont définies et exploitées par la direction de la compensation de la CNSA ;
- les données PCH de paiement (conseils généraux) sont définies et exploitées par la direction de la recherche, des études, de

⁶⁵ NIR : numéro d'inscription au répertoire (INSEE).

⁶⁶ CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés.

l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle travaille les données statistiques remontées par une enquête trimestrielle auprès des conseils généraux sur les bénéficiaires de la PCH ayant un paiement dans l'année ainsi que sur les montants payés par volet de la PCH ;

- la direction financière de la CNSA reçoit les données globales de bénéficiaires (arrêtés au 31 décembre de l'année N-1) et de montant total payé pour la prestation de compensation au cours de l'année N-1 dans les conseils généraux. Ce sont les seules données reposant sur une base exhaustive.

Les données de la direction financière (versements comptables) ne correspondent pas à l'ouverture des droits, qui intéresse la direction de la compensation. Par exemple, des rappels financiers sont faits sur plusieurs mois pour les aides humaines. Dès lors, aucun rapprochement n'est opéré entre les deux types de données.

La CNSA précise qu'un travail de fiabilisation des données pourrait être conduit avec les équipes de la direction générale des finances publiques chargées des remontées comptables, afin d'étudier plus précisément les évolutions par département.

L'évolution des remontées d'information (fiabilité et exhaustivité) est donc conditionnée par la mise en place du SipAPH. Il est prévu que le SipAPH soit alimenté par les données individuelles des MDPH à un rythme mensuel et par les données de paiement de la PCH agrégées par département sous la forme des indicateurs suivants : nombre de personnes payées au titre de la PCH et dépenses (nettes) PCH (données comptables).

Concernant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'ensemble des données (demandes, décisions, paiements) est géré par les conseils généraux qui utilisent donc un seul identifiant, ce qui permet un meilleur suivi statistique.

Deux sources d'information coexistaient jusqu'en 2011 :

- les informations relatives aux paiements reçues par la direction financière de la CNSA pour allouer les concours
- les informations recueillies par la DREES (enquête trimestrielle auprès des conseils généraux).

Selon la CNSA, les écarts sur le nombre de bénéficiaires sont minimes fin 2011 entre les deux sources. La DREES n'a pas renouvelé son enquête APA depuis fin 2011.

b) La restitution d'information aux départements

Depuis 2006, les conventions signées entre la CNSA et les présidents de conseils généraux ont évolué vers un élargissement de leur contenu. La troisième génération des conventions (2012-2015) englobe l'ensemble des concours versés par la CNSA et organise les relations des deux parties dans un cadre dépassant l'activité des MDPH.

Sur les échanges de données entre le département et la CNSA pour le versement des concours, l'article 2.2 du chapitre 2 de la convention précise que « le département communique à la CNSA, à sa demande, toute information complémentaire relative à l'APA et à la PCH nécessaire à l'exercice de sa mission de versement des concours. La CNSA transmet au moins une fois par an au département un état financier synthétique personnalisé et comparé relatif au paiement des principales prestations APA, PCH et ACTP, et aux critères de répartition des dotations ».

Les départements reçoivent de la CNSA, en annexe de la notification de la répartition des concours destinés au financement de l'APA et de la PCH, un ensemble de tableaux de données d'informations analytiques qui leur permettent de se situer par rapport à la moyenne et à d'autres départements. La comparaison est cependant sommaire, les départements ne pouvant prendre en compte l'ensemble des déterminants des niveaux d'attribution des prestations. Il semblerait profitable que la CNSA puisse offrir aux départements la capacité de comparer plus complètement leurs situations respectives et leurs pratiques.

Les MDPH et les conseils généraux reçoivent une restitution personnalisée des données d'activité et de fonctionnement avec une mise en perspective de leur situation par rapport aux données nationales.

Enfin, la CNSA a indiqué que pour la première fois, un travail d'exploitation des données statistiques et comptables a été effectué dans le cadre du groupe de travail État-départements sur les trois prestations APA/PCH et RSA. Il a permis notamment la production de monographies par département comportant plusieurs indicateurs⁶⁷ qui rendent possible un travail de rapprochement et d'harmonisation des pratiques d'attributions entre départements. Pour être correctement analysés et exploités, ils nécessitent un approfondissement de la connaissance des prestations.

3 - Renforcer la connaissance des prestations et leurs conditions d'attribution pour identifier les disparités

a) L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'Assemblée des départements de France (ADF) a souhaité fin 2011 dans ses 55 propositions présentées dans le cadre du débat dépendance, qu'une étude soit réalisée par la CNSA sur les disparités départementales de construction des plans d'aide APA.

Dans ce contexte, la nouvelle convention d'objectifs et de gestion prévoit que la CNSA doit intervenir pour objectiver les disparités constatées dans la chaîne d'attribution de la prestation, et conduire une mission d'analyse du contenu des interventions à domicile, incluant l'évaluation de la situation de l'utilisateur en termes de besoins jusqu'aux modalités de prises en charge et aux préconisations d'intervention.

Une série d'études destinées à apporter la connaissance nécessaire à l'identification des disparités est lancée suivant trois axes de réflexions identifiés par la CNSA :

- une étude du processus d'attribution, dans ses différentes phases : les besoins exprimés par les demandeurs et leurs

⁶⁷ Part de la PCH dans l'ensemble des demandes pour le département par rapport au national, comparaison de l'évolution du nombre de bénéficiaires 2007-2011 par rapport aux autres départements et à la moyenne nationale, comparaison de l'évolution des dépenses annuelles de PCH entre 2008 et 2011 par rapport aux autres départements et à la moyenne nationale, comparaison de l'évolution des dépenses annuelles de PCH par habitant de 20 à 59 ans entre 2007 et 2011 par rapport aux autres départements et à la moyenne nationale, comparaison de l'évolution des dépenses annuelles de PCH par bénéficiaire entre 2007 et 2011 par rapport aux autres départements et à la moyenne nationale, répartition par élément de PCH, comparaison avec la moyenne nationale sur les montants accordés, comparaison de l'évolution du taux de pression des demandes de PCH entre 2009 et 2011 par rapport à la moyenne nationale, éléments de comparaison sur les taux de premières demandes, les délais de traitement de la demande, les décisions (taux d'accord, motifs de refus, notamment).

modalités d'évaluation ; le montant des plans d'aide et les modalités de leur mise en œuvre ; les modalités de leur paiement et du contrôle de leur effectivité ;

- mieux connaître la population bénéficiaire de l'APA, ses besoins, les modalités d'évaluation par les équipes médico-sociales des départements, les compétences mobilisées et le processus de décision ;
- appréhender les conditions de mise en œuvre de l'APA par les départements.

Avec l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), la CNSA se donne pour objectifs, à partir de l'analyse du fonctionnement d'une douzaine de départements complétée d'un questionnaire adressé à la totalité des conseils généraux, de préciser les modalités de mise en œuvre et de suivi de la prestation par les départements.

Ces études n'ont été lancées qu'à partir de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG), ce qui apparaît tardif, compte tenu de la date de création de la CNSA.

b) La prestation de compensation du handicap (PCH)

La COG prévoit que la CNSA met en place à partir du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH), des tableaux de bord permettant d'assurer le suivi des attributions et la connaissance des caractéristiques des bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et de la prestation de compensation du handicap.

Dans l'attente de la mise en place du SipaPH, la CNSA réalise en lien avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques (DREES) des enquêtes auprès des MDPH. Des analyses portant sur 5 000 bénéficiaires de PCH et d'ACTP ont déjà donné lieu à des premières publications par la DREES. En fonction de l'apport de ces travaux, une nouvelle étude pourra être envisagée avec la DREES sur les données de PCH 2012 pour mieux analyser les disparités géographiques.

Enfin, comme cela a déjà été évoqué, la CNSA a lancé un marché d'étude (commun avec l'étude sur les conditions d'attribution de l'APA) sur les conditions d'attribution de la PCH. Selon son cahier des charges, cette étude a notamment pour objectifs de « mesurer les facteurs exogènes et endogènes impactant les taux de demandes de PCH déposées à la MDPH, et les taux d'accord par la CDAPH sur la base d'un fichier fourni

par la CNSA rassemblant des données produites par les MDPH et par les producteurs de données nationales (CNAV, CNAMTS, DREES, INSEE, en particulier) ». Selon la CNSA, cette étude fournira une analyse qualitative des conditions d'attribution de la PCH depuis l'accueil jusqu'à la décision. Elle devrait aboutir à l'établissement de corrélations possibles entre organisation du travail, pratiques professionnelles et qualité de la réponse apportée.

————— **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS** —————

La CNSA a pour mission de répartir les concours d'allocation personnalisé d'autonomie (APA) et de prestation de compensation du handicap (PCH) entre les départements et de contribuer, dans le cadre de la mise en œuvre de cette mission, à l'égalité de traitement des personnes âgées et handicapées sur l'ensemble du territoire.

Or l'attribution des prestations de compensation individuelle fait apparaître des écarts importants entre les départements.

Les règles de répartition des concours fixées par la loi conduisent à une allocation hétérogène des concours financiers et ne constituent pas un levier permettant de contribuer à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire. En matière d'APA, une proposition de révision de la pondération des critères de répartition proposée par le conseil de la CNSA n'a pas abouti ; depuis, la nécessité d'une révision a été plusieurs fois rappelée.

Les prestations de compensation de la perte d'autonomie se caractérisent par la complexité des dispositifs et par les nombreux déterminants susceptibles d'influer sur le niveau d'attribution de la dépense. Les moyens d'actions de la CNSA pour contribuer à l'égalité de traitement des personnes passent par la connaissance des prestations et l'accompagnement des équipes territoriales dans le processus d'attribution.

En matière de PCH, la CNSA a travaillé dans un premier temps à la production d'outils permettant aux MDPH d'accéder à une compréhension des textes réglementaires, des instruments d'aide à la décision et des référentiels des réponses à apporter. Depuis la signature de la dernière COG en 2012, la CNSA a entrepris un travail d'analyse des différents déterminants de la dépense afin de pouvoir éclairer les causes des disparités territoriales constatées. Ce travail permettra de mesurer l'impact des outils et des bonnes pratiques mis au point par la CNSA sur l'harmonisation des pratiques des MDPH.

En matière d'APA, la CNSA n'a pas pour mission d'animer les équipes départementales chargées de l'attribuer. Cependant sa mission est également de contribuer, pour la bonne allocation des concours aux départements, à l'égalité de traitement des bénéficiaires sur le territoire. Pour la mettre en mesure d'assumer cette responsabilité, il conviendrait d'attribuer à la CNSA le même rôle d'animation qu'en matière de PCH. Ainsi une étude sur les conditions d'attribution de la prestation n'a pu être lancée qu'à la demande de l'ADF, une fois que son principe en a été inscrit dans la COG 2012-2015. Sa capacité à faire converger les pratiques en demeure, en l'état, d'autant plus hypothétique.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 8. favoriser l'adoption de nouveaux critères de répartition pour l'attribution des concours de la CNSA en matière d'APA en s'appuyant sur les travaux et simulations de la CNSA et sur la refonte du critère du potentiel fiscal ;*
 - 9. étendre à la CNSA, pour l'attribution de l'APA, le rôle d'animation et d'appui méthodologique qu'elle exerce pour la PCH.*
-

Conclusion générale

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est un établissement de création encore relativement récente, et ses premières années ont été marquées par un contexte évolutif : création simultanée et montée en charge des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), création de la prestation de compensation du handicap, adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui a notamment créé les agences régionales de santé (ARS), débats sur la prise en charge de la dépendance.

Dans ce cadre, force est de constater que la CNSA n'a pas eu immédiatement les moyens d'assumer pleinement les missions ambitieuses que lui a assignées le législateur en 2005. Après l'expiration en 2009 de la première et minimaliste convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'État, ce n'est véritablement qu'à partir de l'exercice 2012, avec la conclusion d'une nouvelle COG, que la CNSA a vu ses moyens adaptés, ses objectifs précisés, son positionnement clarifié et sa stratégie définie.

Ce contexte initial explique que le champ médico-social, dont la CNSA est devenue un acteur central, soit encore dans bien des domaines en retrait du champ sanitaire.

En premier lieu, s'agissant de l'adéquation des moyens : les grands plans nationaux de développement de l'offre en établissements et services médico-sociaux (ESMS) ne pouvant se traduire immédiatement par des dépenses effectives, les recettes de la CNSA (ONDAM) ont donné lieu à la constitution d'importantes réserves, dont l'emploi a toutefois, pour l'essentiel, respecté la destination initiale des ressources.

En deuxième lieu, sur la question essentielle de la connaissance des besoins des personnes, le champ médico-social et tout particulièrement celui du handicap connaît un grand retard.

Enfin, les déterminants techniques d'une bonne allocation de ressources, comme la connaissance des coûts, le suivi des besoins en investissements, et d'une manière générale les systèmes d'information, sont encore largement en phase de consolidation.

La Cour rejoint l'appréciation positive que la plupart des acteurs du secteur portent sur l'action de la CNSA au cours de la période la plus récente. Pour autant, des marges de progrès existent et font l'objet de diverses recommandations.

En relation avec des acteurs disposant d'une certaine autonomie (les ARS) ou d'une libre administration (les départements), en lien avec d'autres agences de l'État et avec les organismes de sécurité sociale, placée sous une triple tutelle de l'État sans être un de ses « opérateurs », la CNSA connaît un positionnement singulier. Ses marges de manœuvre sont étroites, qu'il s'agisse de la bonne allocation des moyens en offre collective, de l'équité de traitement de la compensation individuelle ou de l'animation du réseau des MDPH.

La pleine mise en œuvre du rôle de la CNSA nécessite de trouver les voies et moyens de concilier la logique décentralisée, inscrite comme une rupture majeure dans la loi de 2005, avec les missions exigeantes confiées, par ailleurs, par cette même loi à l'établissement public.

Annexes

1. Lettre de saisine de l'Assemblée nationale
2. Lettres du Premier président du 26 mars 2013 précisant le champ de l'enquête de la Cour des comptes
3. Liste des personnes rencontrées
4. Structure budgétaire de la CNSA
5. Les systèmes d'information de la CNSA
6. Mécanisme de la réserve nationale (6A : méthodologie du contrôle, 6B : tableaux)
7. Index des sigles

Annexe n° 1 : lettre de saisine de l'Assemblée nationaleASSEMBLÉE
NATIONALECOMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE
GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE*Le Président*KCC A1210482 CDC
21/11/2012RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*La Présidente*MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE
DES LOIS DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE*Les Coprésidents**Paris, le 20 novembre 2012*

Monsieur le Premier président,

En application de l'article 47-2 de la Constitution et conformément à l'article 58-2° de la loi organique relative aux lois de finances et à l'article L. O. 132-3-1 du code des juridictions financières, nous avons l'honneur de demander à la Cour des comptes la réalisation, pour la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, d'un rapport d'enquête sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour l'accompagnement de la perte de l'autonomie et l'égalité de traitement des personnes concernées.

Cette enquête permettrait de faire le point sur la place et le positionnement de la CNSA dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques d'accompagnement à la perte d'autonomie, à la fois :

- en matière d'aides individuelles (allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation du handicap), en particulier dans la péréquation des contributions financières allouées aux départements ;

- en matière d'offre collective, dans la répartition des ressources destinées aux établissements et services médico-sociaux (contribution à l'harmonisation des taux d'équipement des régions, pertinence de l'allocation des ressources) ;

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS 01 SPSecrétariat de la Mission : Assemblée nationale - Service de la culture et des questions sociales
Division du contrôle et des études - 126, rue de l'Université 75355 Paris cedex 07 SP
Tél. : 01 40 63 92 51 ou 01 40 63 65 94 - Télécopie : 01 40 63 55 22 - www.assemblee-nationale.fr

– et dans l'exercice de ses missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et de son action en faveur de la convergence des systèmes d'information.

Vous remerciant de la précieuse collaboration fournie par la Cour aux travaux de la commission des finances et de la MECSS, nous vous prions de croire, Monsieur le Premier président, à l'expression de notre parfaite considération.

Le Président,
Gilles CARREZ



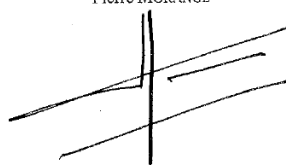
Le Coprésident,
Jean-Marc GERMAIN



La Présidente,
Catherine LEMORTON



Le Coprésident,
Pierre MORANGE



Annexe n° 2 : lettres du Premier président du 26 mars 2013 précisant le champ de l'enquête de la Cour des comptes

1301515



Le Premier Président

Monsieur le président,

En application de l'article 47-2 de la Constitution, et conformément à l'article 58-2° de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances et à l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, vous m'avez fait connaître par votre lettre du 20 novembre 2012, la demande de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire que la Cour réalise un rapport d'enquête sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour l'accompagnement de la perte d'autonomie et l'égalité de traitement des personnes concernées.

Vous souhaiteriez que cette enquête permette de faire le point sur la place et le positionnement de la CNSA dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques d'accompagnement à la perte d'autonomie, à la fois en matière d'aides individuelles, en matière d'offre collective et dans l'exercice des missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes âgées (MDPH).

M. Dominique Antoine, conseiller maître, président de la section « Solidarité » à la 5^{ème} chambre, MM. Christian Carcagno et Michel Thomas, conseillers référendaires ont rencontré Mme Martine Carillon-Couvreur, députée à l'initiative de la demande, et M. Bruno Legrain, administrateur, pour préciser la teneur de cette enquête.

A la suite de cet échange, la Cour se propose de répondre à votre demande de la manière suivante.

Sur les aides individuelles

L'enquête s'attachera à préciser les éléments de diagnostic disponibles sur les publics et les pratiques d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Elle vérifiera les éléments de connaissance dont dispose la CNSA, en particulier sur l'évolution des prestations.

Monsieur Gilles CARREZ
Président de la Commission des finances de l'économie
générale et du contrôle budgétaire
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS CEDEX 07 SP

COUR DES COMPTES 13, rue Cambon 75100 PARIS CEDEX 01 – Tél. 01.42.98.98.28 – Fax. 01.42.98.59.82

- 2

Elle présentera les actions menées par la CNSA pour réduire les disparités territoriales concernant les niveaux des dépenses des prestations, en particulier au moyen de la péréquation des contributions financières allouées aux départements.

Elle examinera également la nature des relations que la CNSA entretient avec les départements et le cadre conventionnel qu'elle a pu mettre en place avec eux.

Sur l'offre collective en établissements et services médico-sociaux (ESMS)

La CNSA a une forte influence sur l'offre et sur le financement des ESMS à travers la consolidation et la synthèse qu'elle assure des documents de programmation et à travers l'attribution des dotations régionales limitatives qu'elle accorde annuellement aux agences régionales de santé (ARS).

L'enquête vérifiera le niveau de connaissance dont dispose la CNSA en matière de besoins de la population en ESMS dans les différentes régions et sa capacité d'impulsion en termes de programmation des structures nouvelles et de contribution à l'harmonisation des taux d'équipement des régions.

Elle s'attachera aussi à examiner les modalités de répartition des ressources allouées aux ARS et leur contribution à la réduction des écarts entre les régions.

Sur l'exercice des missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

L'enquête fera le bilan sur les actions mises en œuvre par la CNSA pour rendre plus homogènes les pratiques entre MDPH. Elle décrira les différents outils mis en place par la CNSA au sein des missions d'appui et d'animation des MDPH pour atteindre cet objectif.

Elle fera le point sur les conventions passées avec les départements et sur l'évolution des relations entre la CNSA et les principaux acteurs des MDPH. Elle appréciera dans quelle mesure la CNSA peut développer des fonctions fédératrices et évaluatives dans un champ qui demeure très cloisonné.

Enfin et ce point paraît essentiel, elle examinera l'action menée par la CNSA en faveur de la convergence des systèmes d'information.

Les conclusions de cette enquête pourraient vous être transmises, comme vous le souhaitez, avant la fin du mois d'octobre 2013.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'expression de ma haute considération.


Didier MIGAUD

1301515

*Le Premier Président*

26 MARS 2013

Madame la présidente,

En application de l'article 47-2 de la Constitution, et conformément à l'article 58-2° de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances et à l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, vous m'avez fait connaître par votre lettre du 20 novembre 2012, la demande de la commission des affaires sociales que la Cour réalise un rapport d'enquête sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour l'accompagnement de la perte d'autonomie et l'égalité de traitement des personnes concernées.

Vous souhaiteriez que cette enquête permette de faire le point sur la place et le positionnement de la CNSA dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques d'accompagnement à la perte d'autonomie, à la fois en matière d'aides individuelles, en matière d'offre collective et dans l'exercice des missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes âgées (MDPH).

M. Dominique Antoine, conseiller maître, président de la section « Solidarité » à la 5^{ème} chambre, MM. Christian Carcagno et Michel Thomas, conseillers référendaires ont rencontré Mme Martine Carillon-Couveur, députée à l'initiative de la demande, et M. Bruno Legrain, administrateur, pour préciser la teneur de cette enquête.

A la suite de cet échange, la Cour se propose de répondre à votre demande de la manière suivante.

Sur les aides individuelles

L'enquête s'attachera à préciser les éléments de diagnostic disponibles sur les publics et les pratiques d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Elle vérifiera les éléments de connaissance dont dispose la CNSA, en particulier sur l'évolution des prestations.

Madame Catherine LEMORTON
Présidente de la commission des affaires sociales
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS CEDEX 07 SP

.../...

- 2

Elle présentera les actions menées par la CNSA pour réduire les disparités territoriales concernant les niveaux des dépenses des prestations, en particulier au moyen de la répartition des contributions financières allouées aux départements.

Elle examinera également la nature des relations que la CNSA entretient avec les départements et le cadre conventionnel qu'elle a pu mettre en place avec eux.

Sur l'offre collective en établissements et services médico-sociaux (ESMS)

La CNSA a une forte influence sur l'offre et sur le financement des ESMS à travers la consolidation et la synthèse qu'elle assure des documents de programmation et à travers l'attribution des dotations régionales limitatives qu'elle accorde annuellement aux agences régionales de santé (ARS).

L'enquête vérifiera le niveau de connaissance dont dispose la CNSA en matière de besoins de la population en ESMS dans les différentes régions et sa capacité d'impulsion en termes de programmation des structures nouvelles et de contribution à l'harmonisation des taux d'équipement des régions.

Elle s'attachera aussi à examiner les modalités de répartition des ressources allouées aux ARS et leur contribution à la réduction des écarts entre les régions.

Sur l'exercice des missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

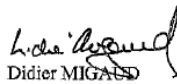
L'enquête fera le bilan sur les actions mises en œuvre par la CNSA pour rendre plus homogènes les pratiques entre MDPH. Elle décrira les différents outils mis en place par la CNSA au sein des missions d'appui et d'animation des MDPH pour atteindre cet objectif.

Elle fera le point sur les conventions passées avec les départements et sur l'évolution des relations entre la CNSA et les principaux acteurs des MDPH. Elle appréciera dans quelle mesure la CNSA peut développer des fonctions fédératrices et évaluatives dans un champ qui demeure très cloisonné.

Enfin et ce point paraît essentiel, elle examinera l'action menée par la CNSA en faveur de la convergence des systèmes d'information.

Les conclusions de cette enquête pourraient vous être transmises, comme vous le souhaitez, avant la fin du mois d'octobre 2013.

Veuillez croire, Madame la présidente, à l'expression de mes hommages respectueux.


Didier MIGAUD

1301515

*Le Premier Président*

26 MARS 2013

Messieurs les présidents,

En application de l'article 47-2 de la Constitution, et conformément à l'article 58-2° de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances et à l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, vous m'avez fait connaître par votre lettre du 20 novembre 2012, la demande de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) que la Cour réalise un rapport d'enquête sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour l'accompagnement de la perte d'autonomie et l'égalité de traitement des personnes concernées.

Vous souhaiteriez que cette enquête permette de faire le point sur la place et le positionnement de la CNSA dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques d'accompagnement à la perte d'autonomie, à la fois en matière d'aides individuelles, en matière d'offre collective et dans l'exercice des missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes âgées (MDPH).

M. Dominique Antoine, conseiller maître, président de la section « Solidarité » à la 5^{ème} chambre, MM. Christian Carcagno et Michel Thomas, conseillers référendaires ont rencontré Mme Martine Carillon-Couvreur, députée à l'initiative de la demande, et M. Bruno Legrain, administrateur, pour préciser la teneur de cette enquête.

A la suite de cet échange, la Cour se propose de répondre à votre demande de la manière suivante.

Sur les aides individuelles

L'enquête s'attachera à préciser les éléments de diagnostic disponibles sur les publics et les pratiques d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Elle vérifiera les éléments de connaissance dont dispose la CNSA, en particulier sur l'évolution des prestations.

Messieurs Jean-Marc GERMAIN et Pierre MORANGE
Co-présidents de la mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS CEDEX 07 SP

- 2

Elle présentera les actions menées par la CNSA pour réduire les disparités territoriales concernant les niveaux des dépenses des prestations, en particulier au moyen de la péréquation des contributions financières allouées aux départements.

Elle examinera également la nature des relations que la CNSA entretient avec les départements et le cadre conventionnel qu'elle a pu mettre en place avec eux.

Sur l'offre collective en établissements et services médico-sociaux (ESMS)

La CNSA a une forte influence sur l'offre et sur le financement des ESMS à travers la consolidation et la synthèse qu'elle assure des documents de programmation et à travers l'attribution des dotations régionales limitatives qu'elle accorde annuellement aux agences régionales de santé (ARS).

L'enquête vérifiera le niveau de connaissance dont dispose la CNSA en matière de besoins de la population en ESMS dans les différentes régions et sa capacité d'impulsion en termes de programmation des structures nouvelles et de contribution à l'harmonisation des taux d'équipement des régions.

Elle s'attachera aussi à examiner les modalités de répartition des ressources allouées aux ARS et leur contribution à la réduction des écarts entre les régions.

Sur l'exercice des missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

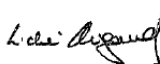
L'enquête fera le bilan sur les actions mises en œuvre par la CNSA pour rendre plus homogènes les pratiques entre MDPH. Elle décrira les différents outils mis en place par la CNSA au sein des missions d'appui et d'animation des MDPH pour atteindre cet objectif.

Elle fera le point sur les conventions passées avec les départements et sur l'évolution des relations entre la CNSA et les principaux acteurs des MDPH. Elle appréciera dans quelle mesure la CNSA peut développer des fonctions fédératrices et évaluatives dans un champ qui demeure très cloisonné.

Enfin et ce point paraît essentiel, elle examinera l'action menée par la CNSA en faveur de la convergence des systèmes d'information.

Les conclusions de cette enquête pourraient vous être transmises, comme vous le souhaitez, avant la fin du mois d'octobre 2013.

Veuillez agréer, Messieurs les présidents, l'expression de ma haute considération.


Didier MIGAUD

Annexe n° 3

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

CNSA

- M. Luc Allaire, directeur
- Mme Emmanuelle Dubée, directrice adjointe
- Mme Lise Burgade, conseillère technique en charge de la prospective et de la stratégie
- M. Xavier Dupont, directeur des établissements sociaux et services médico-sociaux
- M. Hervé Léost, directeur adjoint des établissements sociaux et services médico-sociaux
- Mme Bernadette Moreau, directrice de la compensation

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

- M. Laurent Gratioux, responsable du pôle santé et du pilotage des ARS
- Mme Sophie Bentégeat, chargée de mission

Direction générale de la cohésion sociale

- Mme Sabine Fourcade, directrice générale
- M. Frédéric Boudier, adjoint, sous-direction des affaires financières et de la modernisation
- Mme Nathalie Cuvillier, sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
- Mme Alice Clerici, adjointe à la sous-directrice (personnes âgées)
- Mme Cécile Lambert, cheffe du bureau gouvernance du secteur social et médico-social

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- Mme Magda Tomasini, sous-directrice chargée de l'observation de la solidarité
- M. Étienne Debauche, bureau handicap, dépendance

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

- Mme Véronique Besse, direction de l'offre de soin, secteur médico-social
- Mme Florence Guille, direction financière
- Mme Hannotin, Cabinet de Mme Millot Leloup

Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

- M. Christian Anastasy, directeur général
- Mme Marie-Dominique Lussier, médecin du pôle « pilotes de transformation »

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- M. Housseyni Holla, directeur
- Mme Véronique Sauvadet, chef de service financement des établissements de santé
- M. Georges Perrot, chef de service information sur la performance des établissements de santé

Assemblée des départements de France (ADF)

- M. Jean Pierre Hardy, chef du service politiques sociales

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

- Mme Adeline Leberche, directrice du secteur social et médico-social

Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (FEGAPEI)

- M. Didier Arnal, directeur général adjoint en charge du service aux adhérents,
- Mme Marie Aboussa, directrice déléguée

Agences régionales de santé

Agence régionale de santé de Rhône-Alpes

- Mme Muriel Le Jeune-Vidalenc, directrice du handicap et du grand âge
- Dr Michel Vermorel, directeur adjoint
- Mme Nelly Le Brun, pôle régional allocation de ressources
- Mme Christelle Sanitas, pôle régional allocation de ressources
- M. Damien Viccini, pôle régional allocation de ressources

Agence régionale de santé d'Île de France

- M. Marc Bourquin, pôle médico-social
- Mme Anna Sezenec, pôle médico-social, département allocation de ressource

Agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais

- Mme Monique Wasselin, directrice adjointe de l'offre médico-sociale
- Mme Hélène Toussaint, département planification
- Mme Aline Queverue, département régulation financière

Conseils généraux

Conseil général du Pas-de-Calais

- M. Luc Gindrey, directeur de l'autonomie et de la santé

Conseil général de l'Essonne

- M. Jean-Paul Raymond, directeur général adjoint chargé des solidarités

M. François Guyomerc'h, directeur des personnes âgées et handicapées

M. Jean-Philippe Horreard, directeur adjoint

Conseil général d'Eure-et-Loir

- M. Xavier-Pierre Lucas, directeur général adjoint des solidarités

- M. Laurent Lepine, directeur des interventions sociales,

- M. Sébastien Naudinet, directeur des finances, de l'évaluation et de la prospective

- M. Jean-Luc Bailly, directeur des établissements et services médico-sociaux

Maisons départementales des personnes handicapées

MDPH du Pas-de-Calais

- M. Jean-François Vitoux, directeur

- M. François-Xavier Debrabant, directeur adjoint

MDPH de l'Essonne

- M. Olivier Desmazeaud, directeur

- Mme Pascale Prévotel, directrice adjointe

MDPH d'Eure-et-Loir

- Mme Christine Lecourt, directrice

- Mme Brigitte Deshayes, chef du service évaluation

- Mme Delphine Brière, chef du service accueil et administration générale

Annexe n° 4

STRUCTURE BUDGETAIRE DE LA CNSA

Sections	Sous-sections	Principales ressources (2012) (hors reprises de provisions)	Principales charges (2012) (hors provisions)
Section I : financement des établissements sociaux et médico-sociaux	Sous-section 1 : personnes handicapées	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM) : 8 444,0 M€ 13 % de CSA (310,6 M€)	Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD) : 8 719,3 M€ Contribution aux ARS pour le financement des groupes d'entraide mutuelle (27 M€) ⁶⁸ Financement de l'ANESM (0,7 M€) et de l'ANAP (0,5 M€) Atténuation de recettes et frais de collecte ACOSS (4,7 M€) Transfert vers les sections IV (11,9 M€) et VI (6,1 M€)
	Sous-section 2 : personnes âgées	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM) : 8 045,0 M€ 39 % de CSA (931,8 M€)	Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD) : 8 736,0 M€ Contribution aux ARS au titre des MAIA (24,8 M€) ⁶⁹ Financement de l'ANESM (1,1 M€), de l'ANAP (0,5 M€) et de l'ATIH (0,1 M€) Atténuation de recettes et frais de collecte ACOSS (13,5 M€) Transfert vers les sections V-1 (10 M€) et VI (6,2 M€)

⁶⁸ Financement inséré dans l'article L. 14-10-5 du CASF par l'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

⁶⁹ Idem.

Section II : allocation personnalisée d'autonomie (APA)		95 % de CSG (1 130,0 M€) 20 % de CSA (477,8 M€) Contribution des régimes d'assurance vieillesse (68,7 M€)	Concours versés aux départements, hors régularisation sur l'année antérieure (1 655,0 M€) Atténuation de recettes et frais de collecte ACOSS (20,8 M€) Transfert vers la section VI (1,2 M€)
Section III : prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)		26 % de CSA (621,2 M€)	Concours versés aux départements hors régularisation sur l'année antérieure (PCH) : 544,6 M€ Concours aux MDPH (60 M€) Atténuation de recettes et frais de collecte ACOSS (8,8 M€) Transfert vers les sections V-2 (10 M€) et VI (0,4 M€)
Section IV : promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service		5 % de CSG (59,5 M€) Prélèvement sur la section I-1 (11,9 M€) Versement de l'État au titre du fonds de restructuration des services d'aide à domicile (25 M€)	Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation (34,4 M€) Fonds de restructuration des services d'aide à domicile (25 M€) Fonds de soutien aux départements (170 M€)
Section V : autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	Sous-section 1 : personnes âgées	1 % de CSA affectés au plan d'aide à l'investissement (23,9 M€) Prélèvement sur la section I-2 (10 M€)	Plan d'aide à l'investissement (80 M€) Dépenses d'animation, prévention et études (2 M€) Plan Alzheimer – expérimentation (2,7 M€)
	Sous-section 2 : personnes handicapées	1 % de CSA affectés au plan d'aide à l'investissement (23,9 M€) Prélèvement sur la section III (10 M€)	Plan d'aide à l'investissement (40 M€) Dépenses d'animation, prévention et études (2,7 M€)
Section VI : frais de gestion de la Caisse		Contribution des autres sections (13,9 M€)	Dépenses de personnel (9 M€) et de fonctionnement (5,1 M€)

Source : Cour des comptes d'après rapport d'activité 2012

Annexe n° 5

LES SYSTEMES D'INFORMATION EXISTANT ACTUELLEMENT A LA CNSA

- HAPI

Application destinée à harmoniser et sécuriser le processus d'allocation budgétaire (préparation de la campagne tarifaire, répartition des crédits alloués dans les établissements et services, notification automatique des décisions tarifaires et suivi de la campagne et remontées d'informations), HAPI a également pour objectif d'améliorer les remontées d'information pour le suivi de l'exécution de l'objectif global de dépenses (OGD) au niveau national. À terme, les établissements et services concernés pourront également l'utiliser comme un système d'information partagée avec les ARS pour transmettre annuellement leurs propositions budgétaires.

- SELIA

L'objectif de cette application est de faciliter et de fiabiliser le suivi de la réalisation de places nouvelles en établissements pour personnes âgées ou handicapées, opéré par les ARS en adoptant une logique de suivi de projets. SELIA permet également d'assurer le suivi de l'engagement et de la consommation des crédits en vue de la notification de dotation régionale par la CNSA dans le cadre des plans nationaux.

- e-PRIAC

Cet outil est destiné à faciliter et à fiabiliser la remontée informatisée des actions (création, extension, transformation des établissements et services médico-sociaux) inscrites au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) afin d'assurer la lisibilité des choix faits en région dans le cadre du schéma régional d'organisation médicosociale (SROMS).

- REBECA

Cette application permet la remontée informatisée d'informations budgétaires et d'éléments de suivi d'activité issus des comptes administratifs des établissements et services médicosociaux en charge des personnes handicapées et des personnes. L'exploitation de ces informations permet d'analyser les écarts entre prévision (budget exécutoire) et réalisation (compte administratif), ainsi que de disposer de ratios comparatifs sur les niveaux de coûts des établissements et services.

- SAISEHPAD

Application qui a pour rôle le suivi de l'avancée du processus de conventionnement. Il permet d'apprécier les engagements de crédits des ARS par rapport aux crédits prévus dans le cadre du plan de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de s'assurer de la bonne application des principes de tarification de ces établissements. Il permet d'opérer un suivi statistique et financier du processus de médicalisation des EHPAD, l'analyse des coûts prévisionnels et la projection du besoin financier lié à la médicalisation des EHPAD.

- GALAAD

Cet outil, développé par le service médical de l'assurance maladie et le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et gérée par la CNSA depuis 2010, permet d'évaluer le niveau de perte d'autonomie et les besoins en soins de base et en soins médicaux techniques des personnes âgées en EHPAD et en unités de soins de longue durée (USLD). Ces évaluations permettent, à partir des référentiels AGGIR et PATHOS, de procéder à la tarification des EHPAD et des USLD pour les volets des soins.

- Base PAM-PAI

Cette base permet de suivre la réalisation et de gérer le financement des projets subventionnés par le plan d'aide à l'investissement (pai) dans le cadre de l'aide à la modernisation ou aux investissements des ESMS (gestionnaire, promoteur, population, nbre de place, budget, cofinanceurs, subvention accordée, ...).

- SipaPH

Système en phase de construction qui permettra, à partir de remontées de données en provenance des MDPH, la mise à disposition d'informations aidant au pilotage des politiques en faveur des personnes en situation de handicap (cf. arrêté du 13 septembre 2010, JO du 13 octobre 2010, relatif au calendrier de transmission et au format des données transmises par les maisons départementales des personnes handicapées au système national d'information partagé

- Gestion des subventions

Outil permettant la gestion des informations relatives aux dossiers de subventions CNSA (Section V).

- WINM9: Application comptable

Annexe n° 6A : méthodologie utilisée pour l'examen du mécanisme de la réserve nationale

En premier lieu, pour objectiver les écarts entre la notification des crédits au titre de la réserve nationale (RN) et celle des crédits au titre des enveloppes réparties par la CNSA (selon les critères de répartition approuvés par le Conseil visant à une réduction des écarts de taux d'équipement entre territoires), une comparaison a été faite entre la répartition des mesures nouvelles hors RN depuis 2006 (répartition selon les critères CNSA), la répartition des mesures nouvelles RN depuis 2006 et une répartition théorique de la RN si elle avait été faite selon les critères de répartition approuvés par le Conseil de la CNSA (cf. deux tableaux, relatifs aux personnes âgées et aux personnes handicapées, joints ci-après).

Pour chacune des régions françaises et par secteur les données suivantes ont été relevées :

- le montant des mesures nouvelles (2006-2016) et la part respective de chaque région par rapport au total national ;
- le montant des crédits « réserve nationale » et la part respective de chaque région par rapport au total national ;
- le montant théorique de la RN si elle avait été répartie comme les mesures nouvelles « communes » et l'écart avec la RN effectivement notifiée ;
- l'écart en volume entre la RN notifiée et la RN « théorique » ;
- le rapport en % entre cet écart et les mesures nouvelles hors RN notifiées.

En deuxième lieu, pour examiner les procédures de décision utilisées dans le cadre de la réserve nationale, les dossiers approuvés dans les régions les plus favorisées par la RN (soit celles pour lesquelles le taux de « surdotation » était supérieur à 10 %) ont été sélectionnés.

S'agissant des personnes handicapées, 20 dossiers ont été sélectionnés dans les régions Guyane, Limousin, Lorraine et Poitou-Charentes pour lesquelles les crédits attribués au titre de la réserve ont représenté un abondement de l'enveloppe situé entre 22 % et 74 % (Limousin). Ces 20 dossiers correspondent à un financement global de 31 M€, soit 20 % du montant de la réserve « personnes handicapées » sur la période. L'attribution en 2010 (sur crédits 2013) de 5,8 M€ à la Guyane, au titre d'un plan de rattrapage qui par définition vise à rétablir l'équité territoriale doit être considérée à part. Les trois autres régions

bénéficient d'un taux d'équipement sensiblement supérieur à la moyenne nationale.

S'agissant des personnes âgées, 37 dossiers ont été sélectionnés dans les régions Alsace, Auvergne, Corse, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes, pour lesquelles les crédits attribués au titre de la réserve ont représenté un abondement de l'enveloppe situé entre 16 % et 23 %. Ces 37 dossiers correspondent à un financement global de 22 M€ soit 37 % du montant de la réserve « personnes âgées » sur la période. À l'exception de la Corse, ces régions ont un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale. Dans le cas de la Corse, la « surdotation » en réserve nationale n'est donc pas anormale.

Annexe 6B : Tableaux relatifs à la réserve nationale

Personnes âgées	Mesures nouvelles PA 2006-2016 (hors RN)	part du total	Réserve nationale notifiée PA (2006-2016)	part du total	Montant de la RN si répartie comme les MN	Ecart avec la RN réellement notifiée	Ecart RN notifiée par rapport à RN "théorique" (surdotation)	surdotation en % des mesures nouvelles	Surdotations supérieures à + 10 %
Alsace	13 946 614	1,54 %	2 558 800	4,35 %	904 407	182,93 %	1 654 393	11,86 %	12
Aquitaine	50 970 113	5,62 %	3 645 480	6,20 %	3 305 299	10,29 %	340 181	0,67 %	
Auvergne	14 447 250	1,59 %	2 310 295	3,93 %	936 872	146,60 %	1 373 423	9,51 %	10
Basse-Normandie	27 055 316	2,98 %	4 694 484	7,98 %	1 754 477	167,57 %	2 940 007	10,87 %	11
Bourgogne	20 736 353	2,29 %	1 026 000	1,74 %	1 344 706	-23,70 %	-318 706	-1,54 %	
Bretagne	31 126 152	3,43 %	4 552 193	7,74 %	2 018 462	125,53 %	2 533 731	8,14 %	
Centre	46 639 765	5,14 %	470 000	0,80 %	3 024 485	-84,46 %	-2 554 485	-5,48 %	
Champagne-Ardenne	25 005 964	2,76 %	0	0,00 %	1 621 581	-100,00 %	-1 621 581	-6,48 %	
Corse	4 810 799	0,53 %	1 125 000	1,91 %	311 970	260,61 %	813 030	16,90 %	17
Franche-Comté	22 856 860	2,52 %	0	0,00 %	1 482 217	-100,00 %	-1 482 217	-6,48 %	
Guadeloupe	14 263 063	1,57 %	0	0,00 %	924 928	-100,00 %	-924 928	-6,48 %	
Guyane	598 991	0,07 %	0	0,00 %	38 843	-100,00 %	-38 843	-6,48 %	
Haute-Normandie	31 357 929	3,46 %	0	0,00 %	2 033 492	-100,00 %	-2 033 492	-6,48 %	
Ile-de-France	140 467 678	15,49 %	2 258 785	3,84 %	9 109 017	-75,20 %	-6 850 232	-4,88 %	
Languedoc-Roussillon	34 777 513	3,83 %	2 424 500	4,12 %	2 255 245	7,50 %	169 255	0,49 %	
Limousin	11 021 527	1,22 %	252 000	0,43 %	714 722	-64,74 %	-462 722	-4,20 %	
Lorraine	45 766 885	5,05 %	301 500	0,51 %	2 967 881	-89,84 %	-2 666 381	-5,83 %	
Martinique	6 248 397	0,69 %	0	0,00 %	405 195	-100,00 %	-405 195	-6,48 %	
Midi-Pyrénées	38 409 944	4,24 %	6 453 600	10,97 %	2 490 800	159,10 %	3 962 800	10,32 %	10
Nord-Pas-de-Calais	86 405 558	9,53 %	1 729 350	2,94 %	5 603 209	-69,14 %	-3 873 859	-4,48 %	
Océan Indien	5 427 880	0,60 %	0	0,00 %	351 986	-100,00 %	-351 986	-6,48 %	
Pays de la Loire	44 593 157	4,92 %	3 617 300	6,15 %	2 891 767	25,09 %	725 533	1,63 %	
Picardie	30 202 795	3,33 %	913 200	1,55 %	1 958 584	-53,37 %	-1 045 384	-3,46 %	
Poitou-Charentes	44 108 535	4,86 %	1 275 900	2,17 %	2 860 341	-55,39 %	-1 584 441	-3,59 %	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	62 675 253	6,91 %	7 447 400	12,66 %	4 064 351	83,24 %	3 383 049	5,40 %	
Rhône-Alpes	53 029 807	5,85 %	11 757 914	19,99 %	3 438 865	241,91 %	8 319 049	15,69 %	16
Total général	906 950 097	100,00 %	58 813 701	100,00 %	58 813 701	0,00 %	0	0,00 %	

Personnes handicapées	Mesures nouvelles PH 2006-2016 (hors RN)	part du total	Réserve nationale notifiée PH (2006-2016)	part du total	Montant de la RN si répartie comme les MN	Ecart avec la RN réellement notifiée	Ecart RN notifié par rapport à RN "théorique" (surdotation)	"Surdotation" en % des mesures nouvelles	surdotations supérieures à + 10 %
Alsace	47 995 653	3,22 %	1 609 082	1,05 %	4 913 979	-67,26 %	-3 304 897	-6,89 %	
Aquitaine	66 249 891	4,45 %	4 813 986	3,16 %	6 782 918	-29,03 %	-1 968 932	-2,97 %	
Auvergne	22 342 240	1,50 %	2 341 073	1,53 %	2 287 484	2,34 %	53 589	0,24 %	
Basse-Normandie	21 193 798	1,42 %	3 005 552	1,97 %	2 169 902	38,51 %	835 650	3,94 %	
Bourgogne	31 456 738	2,11 %	2 230 596	1,46 %	3 220 661	-30,74 %	-990 065	-3,15 %	
Bretagne	57 053 527	3,83 %	2 811 910	1,84 %	5 841 359	-51,86 %	-3 029 449	-5,31 %	
Centre	48 468 065	3,25 %	6 467 210	4,24 %	4 962 346	30,33 %	1 504 864	3,10 %	
Champagne-Ardenne	28 140 227	1,89 %	435 000	0,29 %	2 881 104	-84,90 %	-2 446 104	-8,69 %	
Corse	11 874 500	0,80 %	502 420	0,33 %	1 215 757	-58,67 %	-713 337	-6,01 %	
Franche-Comté	19 546 853	1,31 %	380 000	0,25 %	2 001 282	-81,01 %	-1 621 282	-8,29 %	
Guadeloupe	22 524 520	1,51 %	900 000	0,59 %	2 306 147	-60,97 %	-1 406 147	-6,24 %	
Guyane	19 378 153	1,30 %	5 856 613	3,84 %	1 984 010	195,19 %	3 872 603	19,98 %	20
Haute-Normandie	46 182 258	3,10 %	6 872 800	4,51 %	4 728 317	45,35 %	2 144 483	4,64 %	
Ile-de-France	367 979 077	24,70 %	31 253 315	20,49 %	37 675 108	-17,05 %	-6 421 793	-1,75 %	
Languedoc-Roussillon	50 898 638	3,42 %	5 030 470	3,30 %	5 211 198	-3,47 %	-180 728	-0,36 %	
Limousin	10 663 252	0,72 %	7 840 852	5,14 %	1 091 745	618,19 %	6 749 107	63,29 %	63
Lorraine	41 097 510	2,76 %	10 700 698	7,01 %	4 207 721	154,31 %	6 492 977	15,80 %	16
Martinique	18 767 153	1,26 %		0,00 %	1 921 453	-100,00 %	-1 921 453	-10,24 %	
Midi-Pyrénées	42 908 214	2,88 %	7 167 281	4,70 %	4 393 107	63,15 %	2 774 174	6,47 %	
Nord-Pas-de-Calais	100 026 511	6,71 %	9 795 287	6,42 %	10 241 097	-4,35 %	-445 810	-0,45 %	
Océan Indien	40 598 243	2,72 %	2 100 000	1,38 %	4 156 604	-49,48 %	-2 056 604	-5,07 %	
Pays de la Loire	67 375 685	4,52 %	5 625 536	3,69 %	6 898 181	-18,45 %	-1 272 645	-1,89 %	
Picardie	47 668 828	3,20 %	1 832 945	1,20 %	4 880 517	-62,44 %	-3 047 572	-6,39 %	
Poitou-Charentes	36 457 810	2,45 %	8 142 700	5,34 %	3 732 690	118,15 %	4 410 010	12,10 %	12
Provence-Alpes-Côte d'Azur	100 863 770	6,77 %	13 567 541	8,89 %	10 326 819	31,38 %	3 240 722	3,21 %	
Rhône-Alpes	122 311 650	8,21 %	11 271 374	7,39 %	12 522 735	-9,99 %	-1 251 361	-1,02 %	
Total général	1 490 022 765	100,00 %	152 554 241	100,00 %	152 554 241	0,00 %	0	0,00 %	

Annexe n° 7**INDEX DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS**

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADF	Assemblée des départements de France
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP	Conseil national de pilotage des ARS
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSA	Contribution solidarité autonomie

CSG	Contribution sociale généralisée
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRL	Dotation régionale limitative
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Etablissements et services d'aide par le travail
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GIR	Groupe iso-ressources
GMPS	GIR moyen pondéré soins
HPST	loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IME	Institut médico-éducatif
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OGD	Objectif global de dépenses
ONDAM	Objectif national de dépenses de l'assurance maladie
PAI	Plan d'aide à l'investissement
PASA	Pôles d'activités et de soins adaptés

PCH	Prestation de compensation du handicap
PMP	PATHOS moyen pondéré
PQE	Programme de qualité et d'efficacité
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
PRS	Plan stratégique régional de santé
PSGA	Plan solidarité grand âge
RN	Réserve nationale
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGMAS	Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
TBP	Tableau de bord partagé
USLD	Unité de soins longue durée